

**AZ IDŐSKORI DEMENCIA KÓRKÉPEK  
HÁZIORVOSI VONATKOZÁSAI:**

**A házi orvosok attitűdjének, szerepvállalásának vizsgálata  
a demenciák felismerésében és gondozásában, valamint  
véleményük az ellátást segítő és gátló tényezők  
tekintetében**

Doktori (PhD) értekezés

**Dr. Heim Szilvia**

PTE ÁOK Alapellátási Intézet

Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola (D95)

Doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Reglődi Dóra

Viselkedéstudományok Doktori Program (B-377)

Program vezető: Dr. Csathó Árpád

Témavezető: Dr. Karádi Kázmér

Pécsi Tudományegyetem  
Általános Orvostudományi Kar

2022

**“...a demenciában szenvedők fontos utat járnak az értelemtől az érzelmen át a lélek felé. Ami igazán fontos az megmarad, és csak az tűnik el, ami igazából nem is olyan fontos. Ha a társadalom ezt megértene, akkor a demenciában szenvedőket tisztelné és kincsékként őrizné”**

(Christine Bryden, demencia aktivista)

# Tartalomjegyzék

A dolgozatban használt rövidítések jegyzéke .....	5
BEVEZETÉS .....	6
A DISSZERTÁCIÓ CÉLKITŰZÉSEI.....	10
1. ELMÉLETI MEGFONTOLÁSOK.....	11
<b>1.1. A demencia kórképek meghatározása.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Epidemiológia .....</b>	<b>12</b>
1.2.1. Európa epidemiológiai adatai.....	12
1.2.2. Magyarország epidemiológiai adatai .....	13
<b>1.3. Demencia kórképek ellátása a háziiorvosi gyakorlatban .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. A háziiorvosok szerepe a kognitív funkció zavarok kivizsgálásában .....	16
1.3.2. Diagnosztikus tesztek alkalmazása az alapellátásban .....	17
1.3.3. A háziiorvosok szerepe a demencia kórképek terápiája, gondozása során .....	18
1.3.4. A háziiorvosok szerepe a demencia kórképek prevenciója tekintetében .....	18
1.3.5. A stigmatizáció szerepe a háziiorvosok demencia szindrómával és a demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdjének, szerepvállalásának alakulásában.....	19
<b>1.4. A háziiorvosok szerepvállalása a demencia diagnózis időben történő felállításában.....</b>	<b>23</b>
1.4.1. A korai demencia diagnózis felállítását akadályozó tényezők.....	23
1.4.2. A korai diagnózis felállítás célja, közlésének módja .....	26
1.4.3. A korai diagnózis felállítás előnyei.....	27
<b>1.5. Az oktatás szerepe a háziiorvosok szerepvállalásának alakításában .....</b>	<b>32</b>
2. KUTATÁSI VIZSGÁLATOK .....	35
<b>2.1. Első kutatás (2014) / Első részvizsgálat.....</b>	<b>35</b>
<b>Háziiorvosi vélemény a demencia alapellátásról: A háziiorvosok attitűdje a demencia diagnosztikájával, szűrésével, terápiájával és gondozásával kapcsolatban .....</b>	<b>35</b>
2.1.1. Célkitűzés.....	35
2.1.2. Módszertan.....	35
2.1.3. Statisztikai elemzés: .....	37
2.1.4. Eredmények: .....	37
2.1.4.1. Demográfiai adatok .....	37
2.1.4.2. A demencia diagnosztika körülményeivel kapcsolatos attitűd .....	40
2.1.4.3. A demencia szűrésével kapcsolatos attitűd .....	44
2.1.4.4. A demencia terápiájával, gondozásával kapcsolatos attitűd .....	46
2.1.4.5. Demencia oktatással, továbbképzéssel kapcsolatos attitűd.....	49
2.1.5. Összefoglalás.....	51
2.1.6. Megbeszélés .....	52
<b>2.2. Első kutatás (2014) / Második részvizsgálat .....</b>	<b>54</b>
<b>A háziiorvosok demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata, valamint az oktatás jelentősége a szerepvállalásuk alakításában.....</b>	<b>54</b>
2.2.1. Célkitűzés.....	54
2.2.2. Módszertan.....	54
2.2.3. Statisztikai elemzés .....	55
2.2.4. Eredmények.....	55
2.2.4.1. Demográfiai adatok.....	55
2.2.4.2. A háziiorvosok tesztelési gyakorlata gyanú felmerülése esetén .....	57
2.2.4.3. A háziiorvosok attitűdje, érzései a demenciával élőkkel és a terápiával kapcsolatban, valamint ezek összefüggései a képzetekkel.....	59
2.2.5. Összefoglalás.....	62

2.2.6.	Megbeszélés .....	62
<b>2.3.</b>	<b>Második kutatás (2019) / Első részvizsgálat .....</b>	<b>65</b>
	<b>A házi orvosok attitűdjének változása a demencia diagnosztikájával, szűrésével, gondozásával kapcsolatban a 2014-2019 közötti időszakban.....</b>	<b>65</b>
2.3.1.	Célkitűzés.....	65
2.3.2.	Módszer.....	65
2.3.3.	Statisztikai elemzés .....	66
2.3.4.	Eredmények.....	66
2.3.4.1.	Demográfiai adatok.....	66
2.3.4.2.	A házi orvosok részvételi arányának változása a demenciával kapcsolatos képzéseken .....	68
2.3.4.3.	A házi orvosok tesztelési gyakorlatának változása .....	69
2.3.4.4.	A demencia szűrésével kapcsolatos attitűd változása .....	73
2.3.4.5.	A demencia ellátást segítő-támogató szolgáltatások ismertsége.....	77
2.3.5.	Összefoglalás.....	78
2.3.6.	Megbeszélés .....	79
<b>2.4.</b>	<b>Második kutatás (2019) / Második részvizsgálat.....</b>	<b>81</b>
	<b>Az időskori demenciák diagnosztikáját és gondozását segítő és gátló tényezők felmérése a magyar házi orvosok körében.....</b>	<b>81</b>
2.4.1.	Elméleti háttér .....	81
2.4.2.	Célkitűzés.....	81
2.4.3.	Módszertan.....	82
2.4.4.	Statisztikai elemzés .....	82
2.4.5.	Eredmények.....	82
2.4.5.1.	Demográfiai adatok.....	82
2.4.5.2.	A késői diagnózis felelőssége .....	82
2.4.5.3.	A házi orvosok véleménye a demencia ellátást segítő-gátló tényezők tekintetében... 83	
2.4.5.4.	A házi orvosok véleménye a demencia ellátással kapcsolatos tudásuk és kommunikációs készségeik tekintetében .....	90
2.4.6.	Összefoglalás.....	93
2.4.7.	Megbeszélés .....	94
	<b>EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA .....</b>	<b>99</b>
	<b>KONKLÚZIÓ .....</b>	<b>102</b>
	<b>IRODALOMJEGYZÉK.....</b>	<b>108</b>
	<b>PUBLIKÁCIÓK.....</b>	<b>115</b>
	<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....</b>	<b>122</b>
	<b>MELLÉKLETEK .....</b>	<b>123</b>

## A dolgozatban használt rövidítések jegyzéke

ADI	Alzheimer's Disease International Szervezet
ÁOK	Általános Orvostudományi Kar
CSAKOSZ	Családorvos Kutatók Országos Szervezete
DE	Debreceni Egyetem
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EFOP	Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
EKZ	Enyhe Kognitív Zavar
ERASMUS	European Community Action Scheme for the Mobility of University Students
EU	European Union (Európai Unió)
EUR	Euró az Európai Unió (EU) Pénzneme
IBM	International Business Machines
INDA	Interprofesszionális Demencia Alapprogram
KK	Klinikai Központ
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
LDL	Low-Density Lipoprotein (Kis sűrűségű lipoprotein)
M	Mean (számtani közép, átlag)
MÁOTE	Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMSE	Mini-Mental State Examination
n	Elemszám
NV	Nem Válaszolt
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
PHD	Doctor of Philosophy
PTE	Pécsi Tudományegyetem
SD	Standard Deviáció Tapasztalati Szórás
SE	Semmelweis Egyetem
SPSS	Statistical Package for Social Science
SZTE	Szegedi Tudományegyetem
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TYM	Test Your Memory
USA	United States of America
VEKOP	Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

## BEVEZETÉS

Doktori tanulmányaim 2013-as megkezdésekor munkám fókuszába az időskori demenciák háziorvosi vonatkozásainak tanulmányozását állítottam. Családorvosi munkám során sokszor szembesültem a demenciával élő betegek ellátásának nehézségeivel, az ellátórendszer és a családok teherbírásának korlátaival.

2012. augusztusában lehetőségem adódott egy franciaországi tanulmányúton részt venni, ahol látogatást tettem Commercy-ben a Centre Hospitalier Saint Charles kórház Unité d'Accueil Spécialisé Alzheimer (UASA) elnevezésű demenciával élő betegeket ellátó központban. Itt betekintést nyertem a Franciaországban 2004-ben elindított Nemzeti Alzheimer Program felépítésébe és működésébe. Tapasztalataim nagymértékben megerősítettek abban, hogy Magyarországon is lépéseket kell tenni a demenciával élő betegek és családtagjaik korszerűbb, emberhez méltóbb ellátásáért.

Az időskori demenciák, melynek leggyakoribb oka az Alzheimer-kór, világszerte egyre növekvő egészségügyi, társadalmi és gazdasági kihívást jelentenek [1]. A WHO előrejelzése szerint 2030-ra megkétszereződik, 2050-re megháromszorozódik a demenciával élő emberek száma [2]. Hasonló előrejelzéseket mutat Ferri és az Alzheimer's Disease International szervezet (ADI) tanulmánya is, kiegészítve azzal, hogy a világ különböző régióiban eltérő növekedésre számíthatunk. A fejlett országokban 100%-al, míg India, Kína és a Dél-Ázsiai régiók területén akár 300%-al is emelkedhet a demenciával élők száma a következő évtizedekben [3].

Magyarországon – az európai országokhoz hasonlóan – egyre több idős emberről kell a társadalomnak gondoskodnia, közöttük egyre magasabb lesz az öregedéssel együtt járó kognitív hanyatlásban szenvedők aránya. Hazánkban a demenciával élők száma, becült adatok alapján, 100 000 és 500 000 közé tehető [4]. Nekik sok esetben nem kórházi kezelésre, hanem a szó klasszikus értelmében vett ápolásra, gondoskodásra van szükségük. A teher nagyrészt a családokra, és a háziorvosi alapellátásra hárul. A gondozó családtagokat is figyelembe véve közel 1 millió embert érint a demencia valamely vonatkozása. Ezek az adatok felhívják a figyelmet, hogy Magyarországon is lépéseket kell tenni a demenciával élő betegek és családtagjaik korszerűbb, emberhez méltóbb ellátásáért. Jelenleg sajnos lemaradásban vagyunk a korszerű demencia ellátást nyújtó országok mögött, különösen abban a tekintetben, hogy nem rendelkezünk átfogó kormányzati demencia startégiával.

Európában legelsőként Franciaország indította el Nemzeti Demencia Stratégiát 2001-ben, melyben meghatározták azokat a lépéseket, melyek szükségesek a korszerű demencia ellátáshoz [5]. Három szakaszban hajtották végre a demencia ellátó rendszer reformját. Az első francia Nemzeti Demencia Stratégia fő célkitűzései a következők voltak:

- A demencia korai tüneteinek azonosítása és az érintettek szakorvoshoz utalása
- „Memória Centrumok” hálózatának létrehozása a korai diagnózis elősegítésére
- Etikai útmutató megfogalmazása a családok és gondozó otthonok részére
- Anyagi támogatás nyújtása a demenciával élők részére, nappali ellátó centrumok és demencia információs centrumok kialakítása
- Új gondozó otthonok építése és a meglévők korszerűsítése
- Támogatás nyújtása a kutatás és a klinikai vizsgálatok részére

A támogatásoknak köszönhetően évente 165 000 új esetet regisztráltak Franciaországban. A demenciát kiemelt krónikus betegségként kezelték.

A második Nemzeti Demencia Stratégia 2004-2007-ig tartott és további négy célkitűzést fogalmazott meg az előzőek mellé:

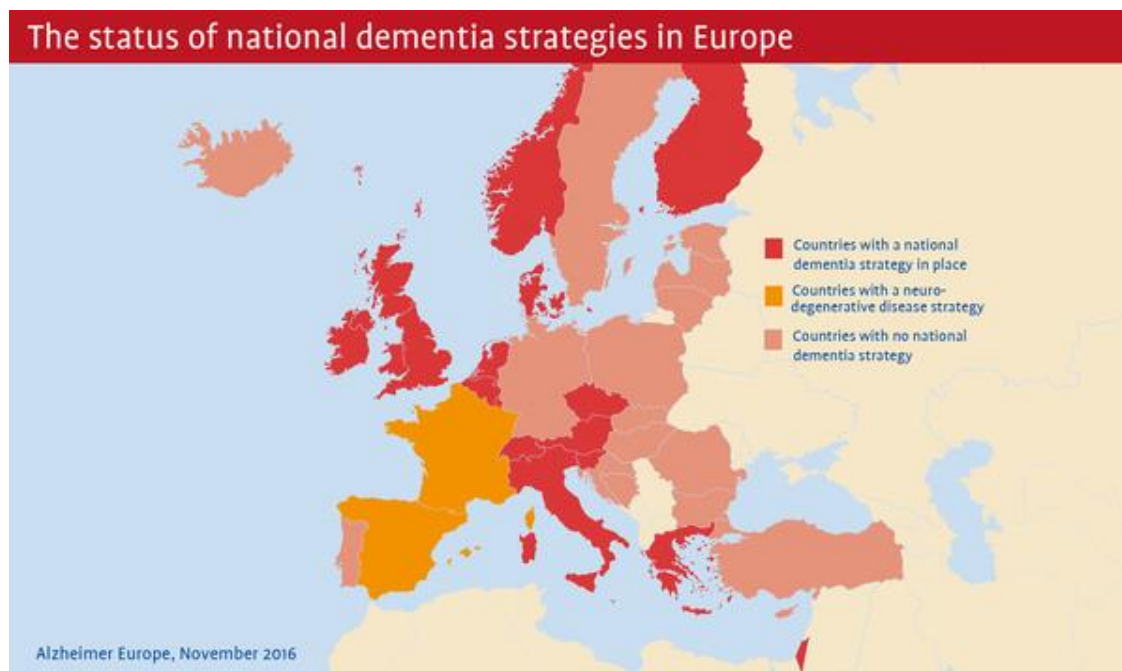
- 100%-os biztosítási jogosultság demencia esetén
- A fiatalabb korosztályú demenciával élők szükségleteinek azonosítása és támogatása
- Tréningek és támogatás adása a szakemberek és önkéntesek részére
- Lakhatási források fejlesztése

A harmadik Nemzeti Demencia Stratégia 2008 februárjában indította el Sárközy elnök, 1.6 milliárd EUR fedezetet biztosítva az ötéves programnak. Az eredeti célkitűzéseket aktualizálták és négy fő tevékenységi körbe sorolták:

- A diagnózis javítása
- Jobb kezelés és támogatás nyújtása
- Hatékonyabb segítségnyújtás
- A kutatások felpörgetése

A program alatt megfogalmazódott az igény, hogy az Alzheimer betegséget európai prioritássá nyilvánítsák. 2013-ban elkészült a harmadik Demencia Stratégia értékelése, melyben a szerzők kiemelték a demencia ellátó rendszer jelentős fejlődését, a kutatás kiemelkedő előrelépését (genetikai kutatások, a biomarkerek szerepe a korai diagnózisban) és a demenciával élők és hozzátartozóik támogatásának javulását. A beszámoló további ajánlásokat is megfogalmaz, melyek az ellátórendszer és az ellátók integrációjára, jobb együttműködésére irányul, biztosítva a belépési pontokat a rendszerbe, a személyre szabott ellátást és az „Alzheimer team-ek” létrehozását az ország egész területén.

Hasonló irányelvekkel Európa 16 országában van már elfogadott Nemzeti Demencia Stratégia [6]. Az 1. ábrán láthatóak melyek ezek az országok.



**1. ábra:** A Nemzeti Demencia stratégiával rendelkező országok Európában (Forrás: Alzheimer Europe, <https://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies>. Letöltve: 2020. június 19.)

Magyarország jelenleg nem rendelkezik elfogadott Nemzeti Demencia Stratégiával és sajnos nincs a demencia ügynek egy jól működő, országos szakmai szövetsége sem. A demenciával élők érdekképviseletével civil szervezetek és alapítványok foglalkoznak lehetőségeikhez mérten.

A házi orvosok szerepe sok országban kiemelt jelentőségű, különösen ott ahol az elfogadott Nemzeti Demencia Stratégia elsődleges szerepet ad nekik a demencia felismerésének és a betegek koordinálásának területén [6]. A jelenleg már jól megfogalmazott szerepvállalás ellenére számos tanulmány azt mutatja, hogy az alapellátásban a demencia napjainkban aluldiagnosztizált, hiányosan felismert, hiányosan kommunikált, alulkezelt és alulgondozott kórkép [7-11]. Az időben történő felismerés és diagnosztizálás háttérében számos tényező játszik szerepet. Ezek többek között az idő és az anyagi támogatás hiánya, a házi orvosok kétségei a diagnózis fontosságáról, valamint a bizonytalanság a szűrési módszerek tekintetében. Nehézséget jelent a diagnózissal kapcsolatos kommunikáció, valamint a terápiák hatásosságával kapcsolatos kétségek is [12-18]. Az oktatás és a demencia specifikus képzések fontosságára irányítja a figyelmet számos vizsgálat, ahol a házi orvosok tudásának



hiányossága szerepel akadályozó tényezőként a magas színvonalú ellátás megvalósításában [19-21].

Hazánkban a házi orvosok demencia ellátásban nyújtott szerepvállalásáról, lehetőségeiről egészen az elmúlt évekig nem álltak rendelkezésünkre adatok. A nemzetközi ajánlások szerint a házi orvosoknak a következő területeken van kiemelt szerepük:

1. Felismerés és diagnózis alkotás
2. Poszt-diagnosztikus ellátás és támogatás
3. Hosszú távú gondozás

A szakirodalmi adatok szerint sem Magyarországon, sem Közép-Európában nem készült korábban olyan átfogó, nagy elemszámú felmérés és jelent meg olyan közlemény, amely a házi orvosok demencia ellátásban vállalt szerepét, feladatait, attitűdjét vizsgálja. Így érdeklődésem előterébe a családorvosok szerepvállalásának megismerése, tanulmányozása került.

## A DISSZERTÁCIÓ CÉLKITŰZÉSEI

A fenti megállapításokat és megfontolásokat alapul véve a dolgozat témája és célkitűzései:

1. Megismerni a magyar házi orvosok demencia ellátással és a demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdjét. Mit gondolnak a demencia ellátásról, hogyan látják ebben saját szerepüket, részvételüket?
2. Feltérképezni azokat a demenciára vonatkozó diagnosztikus és terápiás szokásokat, amelyek a házi orvosok mindennapi rutinját jellemzik hazánkban.
3. Megismerni azokat a segítő és gátló tényezőket, melyek szerepet játszanak a házi orvosok véleménye szerint a demencia időben történő felismerésében és korszerű menedzselésében, ellátásában.
4. Tanulmányozni a demenciával kapcsolatos oktatás és képzések lehetőségeit, szerepét a házi orvosi szerepvállalással összefüggésben.
5. A kutatási eredményeket felhasználva megfogalmazni a házi orvosok feladatait a korszerű demencia ellátásban.
6. Javaslatok megfogalmazása a házi orvosok demencia ellátásban való szerepének és attitűdjének javítására irányuló iránymutatások és oktatási programok tekintetében.

## 1. ELMÉLETI MEGFONTOLÁSOK

### 1.1. A demencia kórképek meghatározása

A demencia kifejezés egy szindrómát jelent, azaz egy esernyő fogalom, mely 200-nál is több betegséget takar. Közös jellemzőjük a progresszív kognitív károsodás, mely sok esetben a funkcionális képességek romlásával és társuló viselkedési és pszichés tünetekkel társul [22]. A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) organikus és szimptomatikus mentális zavarokról beszél, ezen belül különíti el a demencia szindrómát. A kritériumrendszer magába foglalja az emlékezetzavart, a gondolkodás zavarát (logikus gondolkodás, ítélet alkotás, feldolgozás) és az emocionális önszabályozás zavarát (diszfunkcionális szociális viselkedés, késztetések). További kritérium, hogy a tünetek legalább 6 hónapja fennállnak és elég súlyosak ahhoz, hogy akadályozzák a mindennapi életvitelt.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. kiadásának (DSM-4) kritériumrendszere az emlékezet zavara mellett legalább egyet feltételez az alábbiak közül: afázia (nyelvi zavarok), apraxia (mozgások tervezési zavara), agnózia (észlelés zavarai), egzekutív funkciók (cselekvés megtervezése, figyelem megosztása, döntéshozatal) zavara. Emellett zavarok mutatkoznak a tanult foglalkozásban, valamint a családi és szociális környezetben. További kritérium, hogy a tünetcsoportot feltételezhető vagy kimutatható organikus kóroki tényező magyarázza (tehát nem egyéb tudatzavar, depresszió vagy pszichózis résztünetei).

A 2013-ban kiadott DSM-5. a demencia fogalom helyett enyhe és major neurokognitív zavarok elnevezést használja a betegség csoportra. A major forma felel meg a demenciának, az enyhe neurokognitív zavar pedig az enyhe kognitív zavarnak (EKZ/MCI-mild cognitive impairment). Ez a kritérium rendszer nem terjedt el a mindennapi gyakorlatban.

A háziiorvosi gyakorlatban az időskori formák esetén (65 év felett) a demencia fogalmat általánosságban alkalmazzuk az idős korban megjelenő, nem akut, hanem progresszív memória vesztéssel és kognitív funkció romlással járó állapotok esetén. Sok esetben konkrét kóroki diagnózis nem áll a háziiorvosok rendelkezésére. Memóriahanyatlás vagy más kognitív zavar esetén a klinikai tünetek alapján merülhet fel a háziiorvosban a demencia szindrómába tartozó valamely kórkép fennállása. A tapasztalat szerint a demencia, hasonlóan a szakirodalmi adatokhoz, hazánkban is aluldiagnosztizált kórkép az alapellátásban, továbbá a kognitív tüneteket mutató idős betegek többsége nem jut el olyan szakrendelésre, ahol tüneteik célzott vizsgálata és diagnosztikája megtörténne. Így sok esetben a háziiorvos a későbbiekben sem rendelkezik pontos kóroki diagnózissal. Ebből a megfontolásból kiindulva

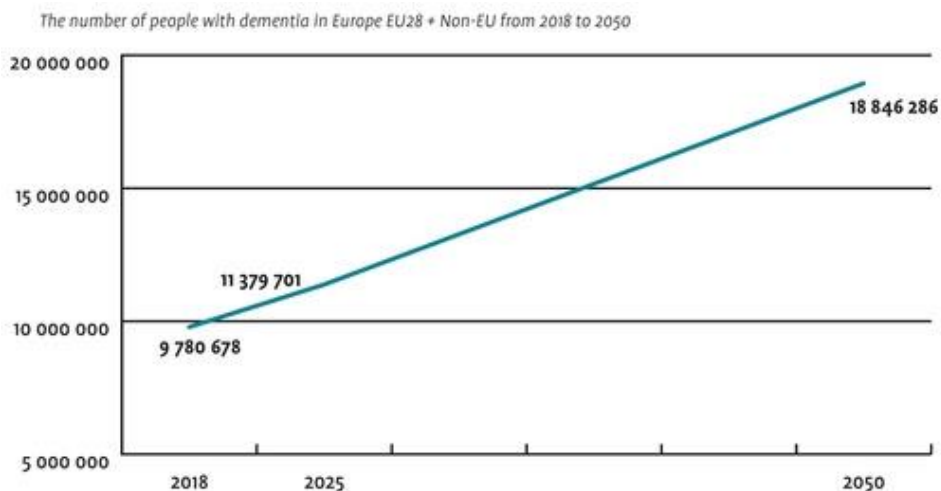
vizsgálataink során a demencia megnevezést használjuk, mely leginkább kifejezi a háziorvosok felé azt a betegségecsoportot, amire a vizsgálataink irányulnak. Ennek következtében dolgozatomban is a demencia megnevezést használom, mely összefoglalóan vonatkozik a demencia szindrómába tartozó kórképekre.

A demencia szindrómába tartozó fő betegségtípusok a következők: Alzheimer kór, vascularis demencia, Lewy-testes demencia, fronto-temporális demencia, kevert demencia. További betegségtípusok a Parkinson-kórhoz társuló demencia, az alkoholos demencia, a Huntington kór és a prion betegségek (köztük a Creutzfeldt-Jakob betegség). A demencia típusok diagnosztikája, elkülönítése fontos lenne, mert a különböző típusoknak eltérő a lefolyása, különböző tüneteket mutatnak és különbözőek lehetnek az alkalmazott terápia módszerek is.

## **1.2. Epidemiológia**

### **1.2.1. Európa epidemiológiai adatai**

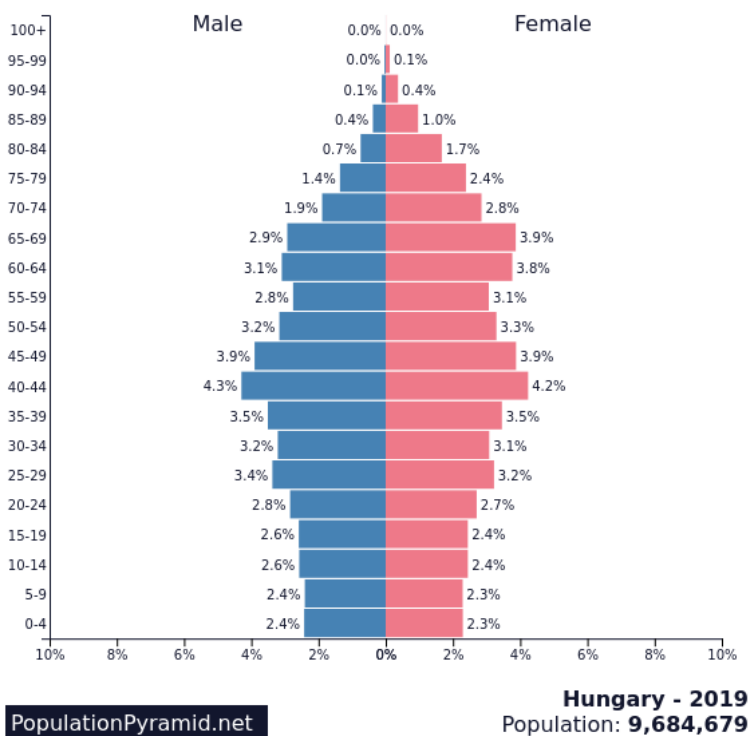
A demencia tünetegyüttesbe tartozó kórképek leggyakoribb formája az Alzheimer-kór, az összes eset kb. 50-60%-a, ezt követi a vasculáris típusú demencia (20%), illetve ezeknek a kevert formái [23, 24]. A betegség előfordulása a kor előrehaladtával exponenciálisan növekszik. Egy 11 európai ország adatait összegző tanulmány alapján a prevalencia 65 éves életkorban 0,8%, míg 90 éves korban ez már eléri a 28,5%-ot. A demencia előfordulásának átlagos prevalenciája a 65 év feletti korosztályban 6,4% volt [1]. Az Alzheimer Europe szervezet legfrissebb, 2019-es helyzetjelentése szerint Európában (28 EU ország és 9 nem-EU ország adatainak összesítése) közel 10 millió demenciával élő beteg van [25]. A szervezet az elmúlt évekből 16 prevalencia adatokat tartalmazó tanulmány összesítésével készített egy kollaboratív analízist, mely szerint a korábban becsült prevalencia adatokhoz képest (EuroCoDe, 2008) alacsonyabb a betegek száma, mint várták. Ez férfiaknál minden korcsoportban, a nőknél a 75-79 éves korcsoport kivételével szintén minden korcsoportban megfigyelhető. Az európai adatok szerint továbbra is észlelhető a nők magasabb előfordulási aránya a betegek között. A demenciával élő nők száma több, mint kétszerese a demenciával élő férfiakénak. A szervezet szerint a vártnál jobb prevalencia adatok az Európa nagy részében észlelhető egészségesebb életmódnak, a jobb oktatásnak és a kardiovaszkuláris rizikófaktorok javuló kontrolljának köszönhetőek. A becsült adatokhoz képest észlelt csökkenés ellenére a betegek összesített létszáma folyamatosan növekszik és a jelenlegi tendenciákat alapul véve számuk 2050-re megduplázódhat (2.ábra).



**2. ábra:** A demenciával élők számának várható alakulása Európában (Forrás: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> Letöltve: 2020.06.15.).

### 1.2.2. Magyarország epidemiológiai adatai

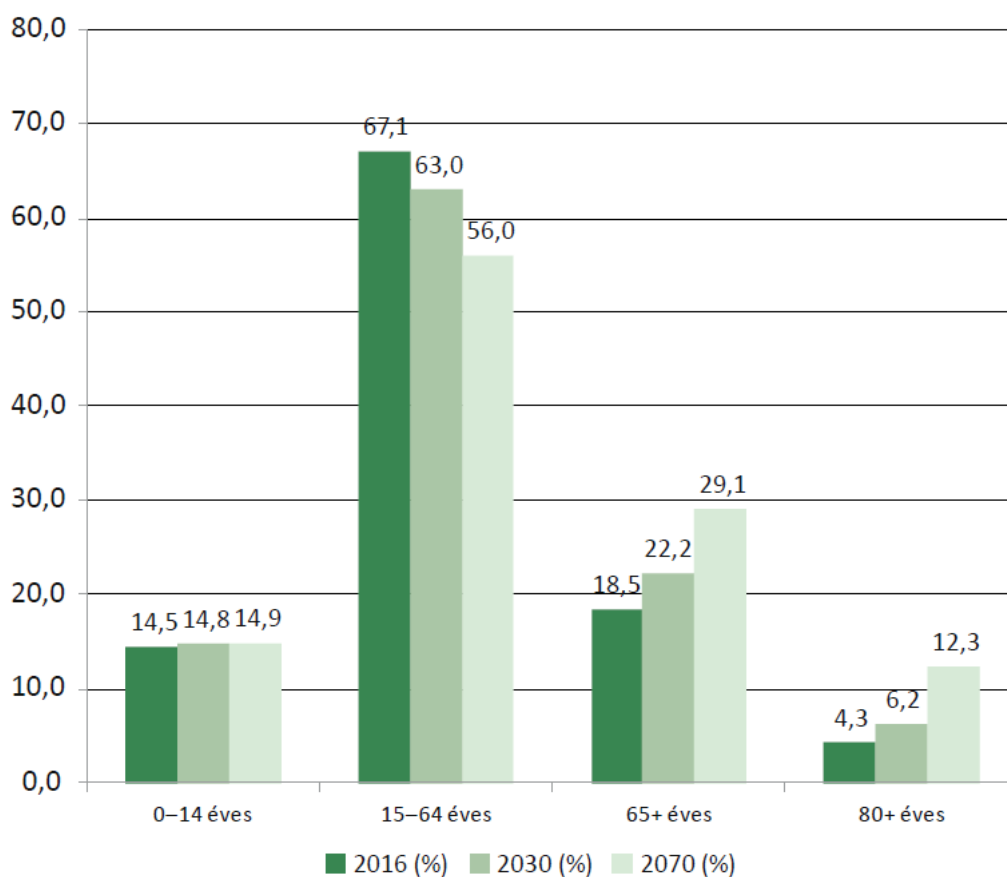
Magyarország korfája a fejlett országokéhoz hasonló, lakosság száma csökkenő tendenciát mutat (3. ábra).



**3. ábra:** Magyarország korfája 2019-ben

(Forrás: <https://www.populationpyramid.net/hungary/2019/> Letöltve: 2020.június 15.)

Hazánkban is az elöregedő társadalom a jellemző, mely tendenciát több tényező együttesen határozza meg. Az első a születési ráta, mely jelenleg ugyan kissé emelkedik, de még így sem elegendő mértékű a populáció szinten tartásához. A második a migrációs ráta, melynek alakulása hazánkban várhatóan nem fog jelentős népességnövekedéshez vezetni. A harmadik tényező a várható élettartam növekedése, melynek hatása jelentős mértékűnek prognosztizálható. Az előttünk álló ötven évben, 2070-ig a férfiaknál 11 év, a nők esetében 9 év élettartam növekedés prognosztizálható. Így a 65 év felettek és ezen belül a 80 év felettek aránya jelentős mértékben növekedni fog a populáción belül (4. ábra).



**4. ábra:** Magyarország lakosságának korcsoportonkénti alakulása 2016-2070 között

(Forrás: Dr. Fekete Márta: Demencia és társadalmi fenntarthatóság, *Esély*, 2019/2., a szerző engedélyével)

Az időskorúak arányának növekedésével szemben az aktív korúak arányának csökkenése áll, mely nagymértékben befolyásolja a társadalmi fenntarthatóság mutatóit. Az Európai Bizottság előrejelzése alapján az idős népesség függőségi vagy eltartottsági rátája ( tehát az idős

korosztály és az őket eltartó aktív korúak aránya) Magyarországon a jelenlegi 27,5%-ról 52%-ra fog emelkedni 2070-re, azaz megduplázódik a teher [26]. A demencia problémája felől szemlélve ezeket a demográfiai változásokat szembe kell néznünk egy nagymértékű kihívással ezen a területen.

Magyarországon jelenleg a demenciával élők számára vonatkozóan pontos adatok nem állnak rendelkezésre. Az Alzheimer Europe ernyőszervezet által kiadott *Dementia in Europe Yearbook 2019 – Estimating the prevalence of dementia in Europe* évkönyv legfrissebb, becsült prevalencia adatai szerint 2018-ban hazánkban 145 688 betegszámot becsültek, mely 2050-re 223 594-re fog emelkedni. Ez a demenciával élők összlakosságszámhoz viszonyított arányának 1,49%-ról 2,64%-ra emelkedését jelenti [25].

A hazai szakértők által kivitelezett epidemiológiai tanulmányok is becsült adatokat közölnek, melyek szerint a nemzetközi számítások szerint alulbecsült, a hazai epidemiológiai adatok alapján kalkulálva felülbecsült értéket kapunk a betegek számát illetően. Ezen számítások alapján 2008-ban 100 000 és 500 000 közé volt tehető a demenciával élők száma. Jelenleg a valós érték a kettő között lehet, átlagosan 150-300 ezer körül [4].

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az ellátórendszer felkészülése érdekében mielőbb reprezentatív epidemiológiai vizsgálatok elvégzésére lenne szükség. Ez egybevág az Alzheimer Europe szervezet ajánlásával, akik a *Dementia in Europe Yearbook 2018 – Comparison of national dementia strategies in Europe* című évkönyvükben kihangsúlyozzák, hogy a prevalencia vizsgálatok a nemzeti demencia stratégiával rendelkező országok jelentős részében a stratégia részét képezik és elsőrendű feladataik között szerepel [27].

A háziiorvosi vonatkozások tekintetében elmondható, hogy a háziiorvosok munkaterhelésének viszonylag kis részét teszi ki a demenciával élő betegek ellátása, hiszen jóval nagyobb hangsúlyt kap az egyéb krónikus betegségek gondozása. A fenti epidemiológiai adatokat figyelembe véve, viszont várható, hogy ez az arány meg fog változni a következő évtizedekben és egyre nagyobb lesz a háziiorvosok igénybevétele ezen a területen [11].

### **1.3. Demencia kórképek ellátása a háziiorvosi gyakorlatban**

*„A háziiorvoslás a medicina helyzet-specifikus, szituatív szakágazata, mely az egészségügyi szervezetrendszer munkamegosztásában az egyén, a család, egy lakosságcsoporthoz elsődleges, személyes és folyamatos ellátásának, gondozásának kérdéseit foglalja magába tekintet nélkül az egyén nemére, fajára, vallási hovatartozására.” (Andor Miklós)*

A házi orvosok kulcsszerepet vállalnak a demenciával élők ellátásában. Alapvetően a házi orvos az első kapcsolódási pont az egészségügyi ellátórendszer irányába, majd ideális esetben szerepet vállal a diagnosztika, a gondozás és a prevenció területén is. Ez a kapuőr funkció megjelenik arányaiban a teljes ellátásban betöltött szerepkörben, valamint betegút irányítás területén is. Ez a szerepkör feltétele a minőségi és hatékony betegellátásnak.

### **1.3.1. A házi orvosok szerepe a kognitív funkció zavarok kivizsgálásában**

Magyarországon a jelenleg hozzáférhető irányelvet az Egészségügyi Minisztérium és Pszichiátriai Szakmai Kollégium által 2008-ban kiadott „A demencia kórismézése, kezelése és gondozása” című szakmai ajánlás tartalmazza (<http://docplayer.hu/5391806-A-demencia-korismezese-kezelese-es-gondozasa.html>, Elérés: 2020. augusztus 11.) Nyomtatásban 2011-ben jelent meg [28]. Az ajánlás megállapítja, hogy a demenciával élők ellátása interdiszciplináris feladat. Az egészségügyi és szociális szféra szakembereiből és a gondviselőből álló ellátó team koordinálása a kezelő orvos, ez legtöbbször a házi orvos feladata. A házi orvosok kulcsszereplők a felismerés folyamatában is, hiszen sok esetben ők az első szakemberek, akik találkoznak a beteggel, értesülhetnek a panaszokról és észlelhetik a tünetek megjelenését. A szakmai protokoll megfogalmazása szerint a következő esetekben kell a házi orvosnak demenciára gondolnia és további kivizsgálásra irányítani a beteget:

- „a beteg vagy környezete fokozódó feledékenységről vagy zavartságról panaszodik;
- átmeneti akut zavartság jelentkezik idős személynél;
- depressziós tünetekről számolnak be idős (60 év feletti) személyeknél;
- ha a korábbi compliance elvész;
- ha a külső megjelenés, kritikai viselkedés szembetűnően romlik;
- környezetváltozásra akut zavartság alakul ki;
- a megözvegyült személy önellátásra képtelen lesz;
- ha a beteghez intézett konkrét kérdésekre a hozzátartozó válaszol.”

A diagnosztikus folyamatban feladatuk az autoanamnézis és heteroanamnézis felvétele, a részletes betegvizsgálat és a rendelkezésre álló egészségügyi dokumentáció áttekintése. Fontos a memória és a tájékozottság vizsgálata, a napi aktivitás és életvitel értékelése, viszonyítva a korábban megszokott teljesítményszintekhez, az esetleges depressziós és pszichotikus tünetek dokumentálása. A javasolt pszichodiagnosztikai minimum az MMSE és órateszt, továbbá a módosított Hachinski-féle ischémias skála és a Globális Deteriorációs Skála kitöltése, értékeinek rögzítése. A belgyógyászati vizsgálatnak ki kell térnie a magasvérnyomás-betegség, az iszkémiás szívbetegség, a vese-, máj-, keringési és légzési



elégtelenség, valamint a cukorbetegség felderítésére és a szakmai ajánlásoknak megfelelő kezelésére. Ennek megszervezése a házi orvos feladata.

### **1.3.2. Diagnosztikus tesztek alkalmazása az alapellátásban**

A klinikai gyakorlatban a kognitív zavarok vizsgálatára, szűrésére sokféle tesztet alkalmaznak világszerte, melyek többsége idő- és szakismeret igényük miatt az alapellátás számára nem megfelelőek. A családorvosi gyakorlatban olyan tesztek részesítenek előnyben, melyek megfelelően érzékenyek és viszonylag könnyen alkalmazhatóak, idő és költséghatékonyak. Ideális esetben magas a szenzitivitása és specificitása, kimutatja a korai stádium és az enyhe kognitív zavar tüneteit, alkalmazása egyszerűen megtanulható, gyorsan és egyszerűen kitölthető és nem igényel hosszas időt a teszt értékelése. Kevés olyan teszt áll rendelkezésünkre, melyek a fenti kritériumoknak maradéktalanul megfelel és az alapellátásban jól alkalmazható.

Ezek közül az egyik leggyakrabban használt validált pszichometriai teszt a Mini-Mentál Teszt (MMSE, *Folstein*), mely 1975 óta világszerte elterjedt [29]. A teszt a mentális státuszt globálisan vizsgálja, szerepel benne az orientáció, a rövidtávú és felidéző emlékezet, a figyelem és számolás, a nyelvi és konstrukciós képességek, a végrehajtó működés és a vizuospatiális funkciók vizsgálata. Viszonylag rövid teszt, alkalmazása nem igényel szaktudást. Szenzitivitása EKZ esetén alacsonyabb (szenz: 78%, spec: 68%), demencia esetén magasabb (szenz: 96%, spec: 82%).

Az MMSE teszt mellett a mai magyar gyakorlatban az óra rajzolás teszt elvégzése ajánlott kiegészítő vizsgálatként [30] [31]. A teszt gyorsan elvégezhető, speciális felszereltséget nem igényel. Vizsgálja az végrehajtó funkciók mellett a térbeli orientáció, a koncentráció, az absztrakció, a vizuospatiális készségek, a vizuális memória és a tervezés területét is. Az értékelésnél 13 féle pontozási mód létezik, melyek figyelembe veszik a térkitöltést, a számok elhelyezkedését és sorrendjét és a mutatók elhelyezését is. A teszt szenzitivitása 75%, specificitása 76% [32].

A fenti két teszt az alapellátásban is jól alkalmazható. A tesztek felvétele különösebb szakképzettséget nem igényel, de fontos a pontozási útmutatók ismerete. Gyakorlott tesztelő esetén nem vesz többet igénybe 10 percnél a tesztek kitöltése. A vizsgálathoz nyugodt körülmények és a beteg tájékoztatása szükséges. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a demencia fennállása vagy súlyossága nem állapítható meg a pszichometriai tesztekkel, mivel ehhez figyelembe kell venni a klinikai tünetek által okozott életviteli nehezítettséget is.

### **1.3.3. A házi orvosok szerepe a demencia kórképek terápiája, gondozása során**

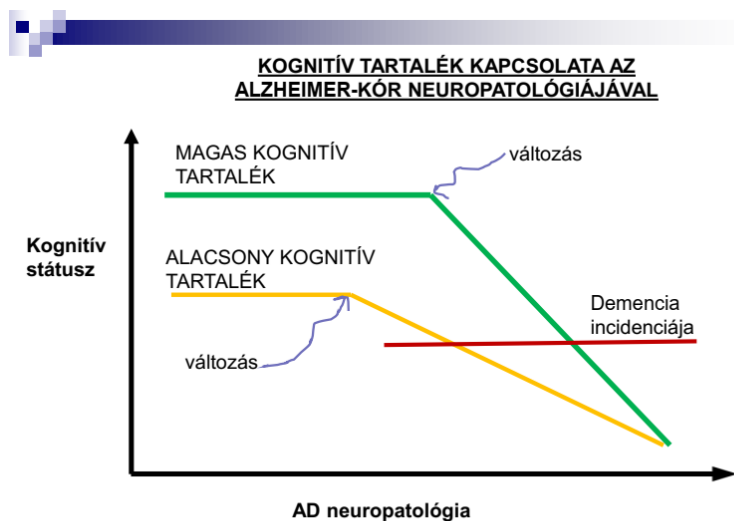
Demencia kórképek esetén a terápia célja a tünetek enyhítése és a betegség okozta szenvedés mérséklése. A reverzibilis demenciaformák esetén a terápia alapvető feladat. A nem reverzibilis demenciaformák esetén mind a farmakológiai, mind a nem-farmakológiai kezelésekkel valamennyi demencia forma célszerűen kezelhető, javítható mind a beteg, mind a hozzátartozó életminősége, ezért a terápias nihilizmus nem megengedhető.

A demenciával élők gondozása normál esetben az alapellátás kompetenciái közé tartozik. A házi orvos hatáskörébe tartozik a ko-morbid állapotok gondozása mellett a demencia alakulásának, a beteg ellátási szükségleteinek a követése is. A házi orvos eseti vagy rendszeres kommunikációt folytat a gondozó hozzátartozókkal, szükség esetén otthonában látogatja meg a beteget, így környezettanulmány végzésére is lehetősége nyílik és közreműködik az igény szerint szükségessé váló háziápolás elrendelésében, felügyeletében. Cél, hogy a betegek és a hozzátartozók felé is edukatív jellegű legyen a terápiás kapcsolat, melyben a házi orvos megfelelő kommunikációval, tájékoztató anyagokkal, információkkal segíti a hozzátartozókat. Támogatja őket a betegség és a kezelés megértésében, és a megfelelő időben tájékoztatást ad a betegség várható anyagi, jogi és gondozási problémáiról. A házi orvos feladatai közé tartozik a gondozó hozzátartozó pszichés állapotának követése és támogatása is, mely a hozzátartozó részére nyújtott ventillációs lehetőségtől a depresszió, kiégés felismeréséig, kezeléséig terjedhet.

### **1.3.4. A házi orvosok szerepe a demencia kórképek prevenciója tekintetében**

A demencia szindróma legfontosabb kockázati tényezője az életkor. A korábban leírt epidemiológiai adatok ismeretében a jövő egészségpolitikájának célja az lehet, hogy minél idősebb életkor felé tolja ki a demencia megjelenését. Ezt az iskolázottság növelésével, azaz magasabb kognitív tartalék elérésével, az élethosszig tartó tanulás (nyugdíjasok egyetemei) támogatásával, a stimuláló szociális környezet (helyi kisközösségek) felkarolásával lehet elérni [33, 34]. Az 5. ábra Y. Stern vizsgálatai alapján azt mutatja, hogy a magasabb iskolázottságú és magasabb foglalkozási végzettségű, azaz nagyobb kognitív tartalékkal rendelkező személyeknél a demencia patológiájának előrehaladása mellett is később jelentkeznek a nyilvánvaló tünetek, hiszen a magasabb kognitív státusz miatt jobban tudják kompenzálni a patológiát. Stern vizsgálatai megerősítik, hogy az alacsonyabb iskolázottságú és ezzel együtt alacsonyabb foglalkozási végzettségű emberek között magasabb a demencia megjelenésének rizikója és időben korábban jelenik meg a tünettan [34]. Más tanulmányok is alátámasztják a magasabb kognitív tartalék kapcsolatát az alacsonyabb demencia rizikóval [35]. Ázsiai országokban végzett vizsgálatok is megerősítik, hogy a szellemi és fizikai

aktivitás növelésére irányuló tevékenységek összefüggésbe hozhatóak a jobb kognitív teljesítmény elérésével és hatással vannak a demencia rizikófaktorainak alakulására [36, 37].



**5. ábra:** A kognitív tartalék és a demencia megjelenésének összefüggése

(Forrás: Dr. Karádi Kázmér ábrája Y.Stern vizsgálatai alapján, a szerző engedélyével)

Mivel több multicentrikus tanulmány is igazolta, hogy az Alzheimer típusú és vaszkuláris típusú demenciák rizikófaktorai átfednek a kardiovaszkuláris betegségek rizikófaktoraival (magas vérnyomás, LDL-koleszterin), az alapellátásra fontos feladat hárul a primer prevenció tekintetében. Az egészséges életmód ilyen irányú oktatása, támogatása az időskori demenciák jelentkezését is kitolhatja [38, 39].

**1.3.5. A stigmatizáció szerepe a házi orvosok demencia szindrómával és a demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdjének, szerepvállalásának alakulásában**

Az attitűd fogalom a latin eredetű aptus szóból származik, melynek jelentése alkalmasság, megfelelés. Az aptitude latin szó jelentése: egy bizonyos aktivitásra, cselekvésre való felkészültség mentális és szubjektív állapota. Ebből származtatva a szociálpszichológiai attitűd fogalom G.W. Allport megfogalmazásában a következő [40]:

„Az attitűd a tapasztalat révén szerveződött mentális és idegi készenléti állapot, amely irányító vagy dinamikus hatást gyakorol az egyén reagálására mindazon tárgyak és helyzetek irányában, amelyekre az attitűd vonatkozik.”

Az attitűd, mint beállítódás több részből tevődik össze úgy, mint kognitív (megismerő/gondolati) összetevő, affektív (érzelmi) összetevő és a harmadik rész a konatív (viselkedéses) összetevő, ezek aránya azonban egyénenként változó.

A demencia szindrómát, mint betegséget és magát a demenciával élő személyt érintő attitűd és következményes viselkedés meghatározó tényezők a demenciát övező stigmatizáció megjelenésében. Számos tanulmány foglalkozik a demencia betegséget világszerte övező stigmatizációval, előítéletekkel és ezek betegellátásra gyakorolt hatásaival [13, 18, 41]. Mivel a stigma az egyik legfontosabb faktor a megkésett demencia diagnózisok hátterében, ez komolyan befolyásolja a házi orvosok aktivitását, az ellátás minőségét és az érintettek életszínvonalának alakulását [41]. A betegséget övező stigmatizáció olyan erősen érintheti a betegeket és hozzátartozóikat, hogy hosszú ideig megakadályozza a nyílt és őszinte kommunikációt, ezáltal az időben történő diagnózis felállítását [42]. Gyakran megjelenik a szégyenérzet a demenciával élő hozzátartozó miatt, melynek hatására a családtagok hajlamosak eltitkolni az ilyen helyzetet. A páciens és a család részéről is gyakori jelenség lehet a háritás, a bagatellizálás, a vizsgálatok vagy a kezelés visszautasítása, mely mögött a demenciát széleskörűen övező ismerethiány és félelem, valamint anyagi okok és az ellátórendszer hiányosságai is állnak [43-47]. Hozzájárul ehhez a helyzethez mind a laikusok, mind a szakemberek között fellelhető attitűd, miszerint a memóriaproblémák a normál öregedés részét képezik, így sokáig nem kóros állapotként tekintenek az ilyen jellegű panaszokra vagy az a hiedelem, miszerint csak keveset vagy semmit nem tehetünk ezekért a betegekért [46, 48].

Az Alzheimer Disease International (ADI) a világ legnagyobb, Alzheimer szervezeteket összefogó ernyőszervezete 1984-es megalakulása óta kiemelkedő munkát végez a demenciával élőket körülvevő stigmatizáció csökkentése és a betegséget övező tudatosság növelése érdekében. A Szervezet által kiadott 2019-es World Alzheimer Report a demenciával kapcsolatos attitűd, megítélés kérdéseivel foglalkozik [49]. A világ 155 országából, több mint 70 ezer válaszadó adatait összesítették ebben a tanulmányban. A megkérdezettek között a demenciával élők, a gondozók, az egészségügyi dolgozók és az átlag népesség válaszai is szerepelnek. A kapott eredményeket az előítéletek, a vélt tudás és sztereotípiák, továbbá a viselkedési tapasztalatok (mely a diszkrimináció alapja) szerint összesítették. Ezeket jelenítettem meg a 6. ábrán.

## Demencia szindróma, Demenciával élő személy



### ATTITÚD

Az emberek 91%-a úgy gondolja, hogy nem kell eltitkolni a demencia diagnózisát mások esetében (titkolózás)

Ennek ellenére Európában 25%-a titokban tartaná a saját demencia diagnózisát mások előtt (szégyen)

A gondozók 35%-a világszerte eltitkolja hozzátartozója demencia diagnózisát (félelem)

Az emberek 60%-a úgy gondolja, hogy a demenciával élőtől minden felelősséget el kell venni (bizonytalanság)

A Dél-Kelet Ázsiában az ott élők és az eü. dolgozók közel fele úgy gondolja, hogy a demenciával élők veszélyesek (ellenézés)

### ELGONDOLÁSOK/ SZTEREOTÍPIÁK

Az emberek 78%-a gondolja úgy, hogy lehet demenciája élete során

25%-a úgy gondolja, hogy semmit sem tudunk tenni ez ellen a betegség ellen

54%-a gondolja úgy, hogy az életmód faktorok szerepet játszanak a demencia kialakulásában

3-ból 2 ember úgy gondolja, hogy a demencia az öregedés része

Az eü. dolgozók 62%-a gondolja, úgy hogy a demencia a normál öregedés része

Gyakori sztereotípiák :

Minden demenciával élő

- teher a családnak
- teher az eü.rendszernek
- reménytelen
- tehetetlen
- feltétlenül öreg
- haszontalan a társadalomnak
- megbízhatatlan stb.

### VISELKEDÉS

A demenciával élők 85%-a érzi úgy, hogy véleményüket nem veszik komolyan

A társadalom 40%-a gondolja úgy, hogy az orvosok és nővérek megkülönböztetik, semmibe veszik a demenciával élőket

Európában az emberek 30%-a vállalná az együttélést egy demenciával élővel, míg a Közel-Keleten vagy Dél-Kelet Ázsiában ez az arány 60-70% körül mozog

Dél-Kelet Ázsiában a demenciával élők 63%-a, Afrikában 67%-a tapasztalta, hogy viccet csinálnak mások az állapotukból



## STIGMATIZÁCIÓ

**6. ábra:** A demenciával kapcsolatos stigmatizációt kialakító és befolyásoló tényezők. Saját ábra a *World Alzheimer Report 2019* adatai alapján.

Az alábbiakban összegezve olvashatóak a „World Alzheimer Report 2019” fő megállapításai, valamint javaslataik ezen területek megítélésének javítására:

1. Az emberek 80%-a aggodalommal gondol arra, hogy egyszer életében demenciája lesz és minden negyedik ember úgy gondolja, hogy semmit sem tehetünk azért, hogy megelőzzük a demencia kialakulását. → Az ADI szerint, a WHO törekvéseivel karöltve, fontos feladat a rizikó csökkentés hangsúlyozása és tudatosítása a társadalom minden rétegében [50].
2. A gondozók 35%-a nyilatkozott úgy, hogy legalább egyszer eltitkolta hozzátartozója demenciáját más személyek előtt. → A stigmatizáció csökkentése hozzájárulhat, hogy ne legyen ez titkolni való állapot egy esetben sem.
3. Világszerte a gondozók 75%-a érzi úgy, hogy nagy stresszt jelent számára a gondozás, annak ellenére, hogy sokan pozitív érzéseket fogalmaztak meg gondozói szerepükkel kapcsolatban, valamint a gondozók 50%-a érzi úgy, hogy a testi és lelki egészségük megszenvedti a gondozás terheit. → A gondozók segítése és támogatása minden nemzeti demencia programnak alapvető fontosságú része kell legyen.
4. Világszerte az egészségügyi dolgozók 62%-a gondolja úgy, hogy a demencia a normál öregedés része. → Az ADI hangsúlyozza, hogy a demencia nem a normál öregedés része, ennek tudatosítása világszerte fontos feladat.
5. A közvélekedés 40%-a szerint az egészségügyi dolgozók semmibe veszik a demenciával élő személyeket. → Az egészségügyi dolgozók attitűdjének pozitív irányú formálásához elkerülhetetlen a demenciával kapcsolatos oktatás, képzések fejlesztése az egészségügy minden szintjén.

A házi orvosok demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdje nagymértékben befolyásolhatja a demencia ellátás színvonalát. Erre számos tanulmány rávilágít, feltárva a házi orvosok frusztrációját és a magabiztosság hiányát a demencia ellátással kapcsolatban [21, 51, 52]. A magabiztosságnak a hiánya okozhatja az aggodalom megjelenését is, azzal kapcsolatban, hogy a diagnózis milyen hatással lesz a beteg életére. Ez az attitűd erősen visszafoghatja a házi orvosok részvételét a diagnosztikus folyamatban [53]. Egy széleskörű, de sok országban igen alacsony esetszámot szerepeltető, 25 európai ország gyakorlatát vizsgáló tanulmány heterogén képet mutat a házi orvosok attitűdjét és szerepvállalását illetően. Olyan külső faktorok is, mint az adott országban érvényes irányelvek a házi orvosok szerepét illetően, és a gyógyszerfelírási jogosultság szabályozásai is befolyásolják a hozzáállásukat [54].

A házi orvosok között gyakori jelenség a hozzáállásuk háttérében, hogy úgy érzik, nem tudnak mit tenni ezekkel a betegekkel, pesszimisták a prognózist illetően. Egy tanulmány szerint az angol házi orvosok nagy része aggódik ezek miatt a sztereotípiák miatt és ez befolyásolja a demenciával élőkkel kapcsolatos kommunikációjukat is [55]. A francia házi orvosok között is leírták az Alzheimer betegséget övező negatív képzeteket, miszerint az ilyen betegek teljesen elveszítik az autonómiájukat, szerintük a diagnózis megrémiszi a betegeket, ezért annak közlését inkább a szakellátásra hárítják, továbbá szkeptikusok az alkalmazott gyógyszerek hatását illetően és ez hátráltatja aktivitásukat a diagnosztikus folyamatban [16]. Összességében a betegséget övező stigmatizáció gátló tényezőként szerepel az aktív házi orvosi szerepvállalás útjában is [16, 18].

A fejlett demencia ellátórendszerrel rendelkező országokban, ahol rendszerint erős, jól működő nemzeti Alzheimer Szervezetek dolgoznak (Hollandia, Egyesült Királyság, Franciaország) javuló tendencia érezhető és össztársadalmi szinten már lényegesen kevésbé jelenik meg a demenciával élő hozzátartozó miatti szégyenérzet és a stigmatizáció hátráltató hatása, mint más európai országokban [41].

#### **1.4. A házi orvosok szerepvállalása a demencia diagnózis időben történő felállításában**

A tanulmányok azt mutatják, hogy a demencia szindróma világszerte az aluldiagnosztizált és aluldokumentált kórképek közé tartozik az alapellátásban [7-9]. Ennek pontos mértéke nem ismert, de országonként változik. Kínában és Indiában magasabb, mint Európában és Észak-Amerikában. Még a fejlett és demencia-tudatosabb országokban is csak az esetek egyötöde, maximum fele kerül rutinszerűen felismerésre a házi orvos által [9]. Gyakorlati tapasztalat, hogy az esetek nagy része megkésvé, a közepes és a súlyos stádium határán kerül diagnosztizálásra. Általánosan jellemző, különösen az alapellátásban, hogy a demenciára irányuló diagnosztikus tevékenység legtöbbször markáns tünetek fennállásakor, a beteg illetve hozzátartozó aggodalmainak jelzése esetén indul csak el [56].

##### **1.4.1. A korai demencia diagnózis felállítását akadályozó tényezők**

A megkésett demencia diagnózis elveszi a lehetőséget a korai beavatkozási és terápiás lehetőségektől, növeli a betegek és a hozzátartozók terheit. Háttérében számos egymást erősítő tényezőt találunk, melyek nemcsak egészségügyi, hanem társadalmi szintű és egyéni-családi okokat is rejtenek.

A betegek és hozzátartozók részéről gyakran felmerül a kóros kognitív tünetek és a normál öregedéssel járó változások ismeretének a hiánya. További akadályozó tényező lehet a páciensek részéről a tünetek tagadása vagy elfedése. Ugyanez a hozzátartozók részéről is megjelenhet, amikor ők maguk segítik a hozzátartozójukat és alkalmaznak kompenzáló mechanizmusokat a kognitív károsodás okozta stressz szituációk kezelésére. A stigmatizációtól való félelem, különösen bizonyos kulturális-etnikai környezetben, szintén akadály a segítség kérés útjában. További gátló tényező a megfelelő demencia ellátáshoz történő hozzáférés hiánya [57, 58].

Az egészségügyi ellátórendszer, ezen belül a háziiorvosi közreműködés tekintetében számos akadályozó tényezőt találhatunk a korai diagnózis felállításának útjában. A háziorvosok elsődleges szerepet játszanak a diagnosztikus folyamatban, hiszen az első tünetekkel és a korai szakaszban általában náluk jelentkeznek a betegek és a hozzátartozók. A tapasztalat azt mutatja, hogy a felismerést számos akadály hátráltatja részükről. Sok tanulmányban szerepel a háziorvosok ambivalens hozzáállása a korai diagnózis felállításával kapcsolatban, sokan éreznek reménytelenséget a terápiás módszereket illetően, ami megerősíti bennük a „nincs mit tenni” érzését [12, 59]. Nehézséget jelenthet a háziorvosok részére az enyhe kognitív zavar (MCI) és az enyhe fokú demencia felismerése [60]. A vizsgálatok legfőbb gátló tényezőként az időhiányt, a háziorvosok demenciával kapcsolatos ismereteinek hiányosságait, a diagnosztikus-szűrési módszerekkel kapcsolatos bizonytalanságot, a diagnózis közlésével kapcsolatos kommunikációs nehézséget, a közlést kísérő érzelmi reakciók miatti aggodalmat és szorongást említik [21] [12-18].

A korai demencia felállítás útjában megjelenő akadályozó tényezőket a 7. ábra összegezi.



↓  
**AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK**  
↙ ↓ ↘

**Pácienshez, hozzátartozóhoz köthető faktorok**

Tünetek ismeretének a hiánya

Tagadás, elfedés a beteg részéről

Elfedés, kompenzáló mechanizmusok a hozzátartozó részéről

Kisebb prioritás más betegségekhez képest

Félelem

- Stigmatizációtól
- Önállóság elvesztésétől
- Jogosítvány megvonása

Hozzáférési nehézség a szakellátáshoz

- közlekedés, utazás
- várólisták

Anyagi nehézségek

Iskolázottság, IQ

Kulturális és nyelvi akadályok

**Háziorvosokhoz köthető faktorok**

Magabiztosság hiánya a korai stádiumú demenciákkal kapcsolatban

- aggodalom a téves diagnózis lehetőségével kapcsolatban
- bizonytalanság a diagnózis közlésével, kommunikációjával kapcsolatban

Tudáshiány

- korai tünetek felismerése, enyhe kognitív zavar
- demencia altípusok elkülönítése
- pontos diagnózis felállítása
- terápiás lehetőségek, azok hatásai

Alulinformáltság a támogató szolgálatok tekintetében

Káros hiedelmek és attitűdök

- nincs terápiás előnye a korai diagnózisnak
- nem használnak a rendelkezésre álló terápiás lehetőségeket (terápiás nihilizmus)
- potenciálisan káros hatások a stigmatizáció miatt
- demenciának nincs prioritása más krónikus állapotok előtt
- túlterheli az egészségügyi ellátó rendszert

**Rendszerszintű faktorok**

Időhiány az alapellátásban

- magas betegszám
- rövid idejű orvos-beteg találkozás

Nem megfelelő költségtérítési modell

- nem veszi figyelembe az idős, különösen a demens betegek nagyobb időigényű ellátását

Támogató szakmai kapcsolatok hiánya, elégtelensége

- időben vagy helyileg nem megfelelő a kapcsolat az alapellátás és a szakellátás között a nehézségek a beutalással

**7. ábra:** A demencia korai felismerését akadályozó tényezők (saját szerkesztésű ábra)

### **1.4.2. A korai diagnózis felállítás célja, közlésének módja**

A világ számos országában elfogadott Nemzeti Demencia Stratégiák alapvető célkitűzései között szerepel a demencia kórképek korai felismerése, melynek célja az időben történő hozzáférés az információhoz, tanácsadáshoz és támogatáshoz, valamint a hozzáférés a hatásos intervenciókhoz és gondozáshoz a diagnózis pillanatától az élet végéig. Az ajánlások szerint a korai diagnózis inkább „időben történő” felismerést és diagnózis alkotást jelent, mely leginkább a beteg és/vagy hozzátartozója által jelzett első panaszokra történő gyors reagálás a háziorvos által, nem pedig proaktív folyamat, ami az egyébként panaszmentes populáció szűrésére vonatkozik [61]. Ennek hátterében számos gyakorlati, etikai megfontolás húzódik. Leggyakrabban a hozzátartozók jelzik először a problémát és fordulnak segítségért a háziorvoshoz. Ha ilyenkor az orvos a beteg tudása és hozzájárulása nélkül cselekszik, komoly aggályok merülnek fel az informált hozzájárulás és az orvosi titoktartás területén. Sok országban egyre nagyobb figyelmet kapnak a demencia jogi vonatkozásai és egyetértés mutatkozik abban, hogy a diagnosztikus folyamatnak egyértelműen, tisztán kinyilvánítottan kell lennie mind a beteg, mind a hozzátartozó felé.

A demencia diagnózis közlése sok háziorvos részére megterhelő, nehézséget okozó szituációt jelent. Egy áttekintő tanulmány, mely 2002 előtti publikációkat összegez, azt találta, hogy a háziorvosok több, mint 50%-a nem vállalja föl a diagnózis közlését [62]. Az elmúlt években ebben a tekintetben pozitív változás észlelhető, a demencia tudatosság növelésével ez a fajta attitűd változik. Újabb tanulmányok magasabb háziorvosi részvételt mutatnak a diagnózis közlés tekintetében, habár ez elsősorban a hozzátartozók felé irányul [63-67]. A diagnózis közlése nagyon sok esetben egy érzelmileg rendkívül megterhelő állapotot jelent. Sokan ettől megkímélnék hozzátartozóikat és ez komoly dilemmát okozhat a diagnosztikus folyamatban résztvevő háziorvosoknak, figyelembe véve, hogy az érintett betegnek erkölcsileg és törvényileg is joga van a diagnózishoz. A diagnózis feltárása sokféle negatív érzelmi reakciót eredményezhet úgy, mint sokk, hitetlenség, tagadás, düh, veszteség, gyász, akár pszichológiai krízist is indukálhat [68]. A diagnózist követően, a bizonytalanság megszűnésével megjelenhet a megkönnyebbülés, de tapasztalhatnak megbánást is a hozzátartozók, hiszen ha korábban tudták volna a diagnózist nagyobb türelemmel és megértéssel viselkedtek volna hozzátartozójukkal. A diagnózis közlés hatása nagymértékben függ annak módjától. Több tanulmány leírja, hogy a kommunikáció módja és tartalma a háziorvosok részéről sok esetben nem követi az ajánlásokat, így a betegek és hozzátartozók elégedetlenségét, hiányérzetét eredményezi [66, 69]. A kommunikációt érintő kritikák leginkább az információ hiányra, az érzelmi reakciók nem megfelelő kezelésére, az erőteljes közlési módra, a pontos diagnózis kerülésére, a fogalmak (pl. dementia, Alzheimer-kór) magyarázatának hiányára vonatkoznak

[65]. A jó gyakorlatokat figyelembe véve a közlés módjának tartalmaznia kell a következő lépéseket: felkészülés, családtagok bevonása; a beteg perspektívájának feltárása, megismerése; a diagnózis közlése; az érzelmi reakciók felismerése, kezelése; fókuszálás a jövő aktuális kérdéseire, tervezés; hatékony, empatikus kommunikáció. Ez a módszer a kezdeti érzelmi reakciók feldolgozása után elősegítheti a betegben és a hozzátartozóban is a szükséges adaptáció és tervezés elindulását [48].

### **1.4.3. A korai diagnózis felállítás előnyei**

A demencia korai, illetve időben történő diagnózisának a felállítása felértékelődött az utóbbi években. A szakirodalomban kevés a tudományos bizonyíték demencia esetén az időben történő diagnózis előnyeiről, viszont ennek esetleges hátrányáról sem áll rendelkezésre adat [61]. A megfogalmazott jótékony hatások szakértői véleményeken alapulnak. Az Alzheimer's Disease International (ADI) szervezet szakértői, számos Alzheimer szervezettel és a terület döntéshozóival karöltve hangsúlyozzák a minél korábbi, időben történő felismerés és diagnózis fontosságát a demenciával élők és hozzátartozóik érdekében. Ennek előnyeit a következő területekre fókuszálja a szervezet által kiadott „World Alzheimer Report 2011” [70]:

#### *Orvosi döntéshozatal segítése:*

Általánosan elfogadott elv, hogy a korai szűrést és diagnosztikát olyan állapotokban kell forszírozni, amelyek potenciálisan gyógyítható vagy visszafordítható betegségek. Az időskori demenciák esetén nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy számos kórállapot képes kognitív károsodásra utaló tüneteket okozni. Ezek kezelhető, azaz potenciálisan reverzibilis demencia formák. Ezeknek az állapotoknak az ismerete fontos a házi orvos részére és a korai diagnózis felállítására törekvés lehetőséget ad az ilyen esetek mielőbbi kiszűrésére és adekvát kezelésére. Ilyen reverzibilis kognitív tünetek előfordulhatnak például fertőzések, depresszió, gyógyszer mellékhatás, táplálkozási hiánybetegségek, endokrin kórállapotok esetén (1. táblázat). Ezek a kórállapotok természetesen fiatalabb életkorban is előfordulhatnak és egyéb markáns, jellemző klinikai tünetekkel is járnak. Az időskori demencia szindróma hátterében igen alacsony ezeknek reverzibilis oki tényezőknek az aránya (0.6%), ennek ellenére minden kognitív tünetet mutató betegnek joga van tüneteinek megfelelő, egyénre szabott értékeléséhez [24]. Ezek felderítésében a házi orvosnak fontos szerep jut.

**1. táblázat:** Potenciálisan reverzibilisen kognitív tünetekkel járó kórállapotok legfontosabb okai (Forrás: Dr. Kovács Attila – Mentális betegségek időskorban - Az időskor egészségpszichológiája, Medicina Kiadó, 2013., a szerző engedélyével)

<b>Drogok</b>	-Illegális drogok -Antikolinerg szerek (klasszikus antiparkinson szerek) -Antidepresszívumok (triciklikus szerek) -Antiepileptikumok (valproát) -Antipszichotikumok -Benzodiazepinek
<b>Emocionális zavarok</b>	-Depresszió (pseudodemencia) -Szorongásos szindrómák
<b>Metabolikus és endokrin okok</b>	-Hypo és hyperthyreosis -Hypo és hyperparathyreosis -Cukorbetegség -Máj és vesebetegségek -Addison-kór - B12-vitamin hiány
<b>Érzékszervi betegségek</b>	-Látáscsökkenés -Halláscsökkenés
<b>Neurológiai betegségek</b>	-Normális nyomású hydrocephalus
<b>Trauma, tumorok</b>	-Szubduralis haematoma -Intracranialis térfoglalás
<b>Infekciók</b>	-Meningitis basilaris tuberculosa -Encephalitisek -Szifilisz, HIV
<b>Alkohol</b>	-Alkoholos encephalopathia -Wernicke-Korzakov betegség

A korai diagnózis további előnye lehet, hogy a kognitív deficit ismerete segítheti a kezelőorvost az egyéb időskori, krónikus betegségekkel kapcsolatos döntéshozatalban és a kezelési tervek megalkotásában, optimalizálásában is. A demencia állapota másfajta megértést és együttműködési képességet jelent a beteg részéről, ezáltal a megszokottól eltérő, egyéni megoldásokat tehet szükségessé.

Emellett a korai diagnózis ismerete lehetőséget ad olyan terápiás beavatkozások alkalmazására, melyek lassíthatják a progresszív kognitív hanyatlás előrehaladását. A jelenleg rendelkezésünkre álló farmakoterapiás lehetőségek csak tüneti kezelésnek minősülnek és alapvetően nem befolyásolják a betegség lefolyását: az acetilkolinészteráz-gátlók az enyhe és közepes stádiumú Alzheimer-kórban, míg a memantin a közepes és súlyos stádiumú esetekben alkalmazhatóak. Sajnos nem áll rendelkezésünkre még olyan vegyület, mely a kiterjedt és visszafordíthatatlan agyi károsodásokat javítaná, megelőzné, azaz amelyeket a betegség klinikai manifesztációja előtt már tudnánk alkalmazni az agyban lezajló neuropatológiai folyamatok előrehaladásának lassítására. Így a demenciával élők és

hozzátartozóik életminőségének javításában felértékelődnek a nem-farmakológiai intervenciók lehetőségei. Ezek lehetnek pszichológiai, pszichoszociális és különböző pszichoedukációs kognitív tréning módszerek, melyek a kognitív funkciók javítására, a későbbi intézményi elhelyezés szükségességének lassítására és a gondozók terheinek csökkentésére, valamint életminőségének javítására fókuszálnak.

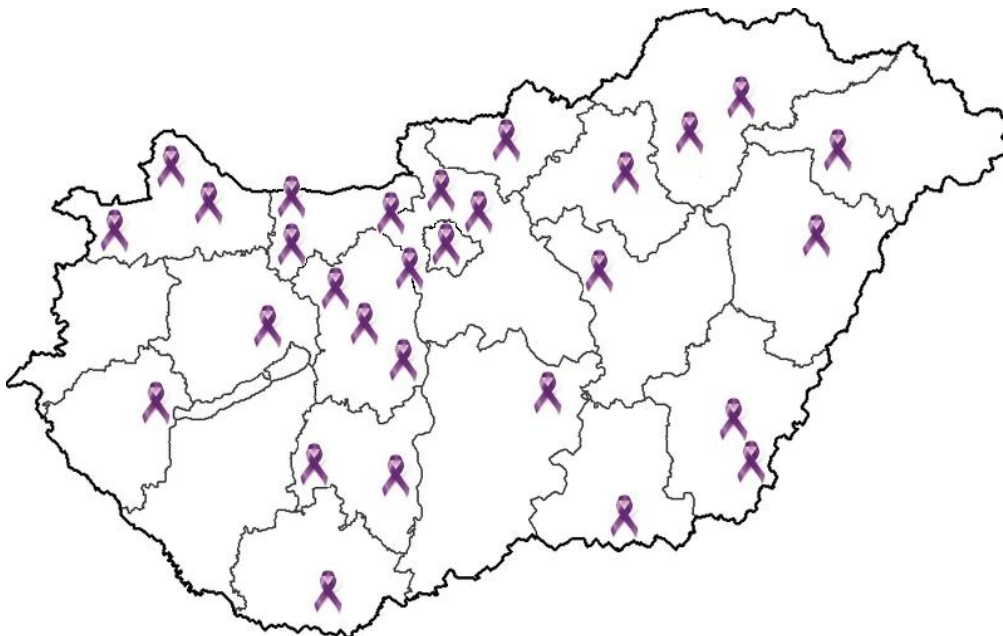
A korai diagnózis felállítása felhívja a kezelőorvos figyelmét az Alzheimer-kór tüneteit potenciálisan fokozó gyógyszerek (anticholinerg szerek) kerülésére, valamint a kognitív tünetek fokozódását elősegítő faktorok kezelésére. Ilyenek lehetnek a vascularis rizikó faktorok és a hypertónia kontrollja, a táplálkozási hiányosságok kezelése, a fizikai aktivitás fokozása és a kognitív stimuláció hiányának elkerülése [71].

*Tünetek jobb megértése (megkönnyebbülés):*

A korai diagnózis a kezdeti megrendülést követően pozitív hatást is jelenthet az érintettek részére a tünetek jobb megértésével és a tudatosság növelésével. Elősegítheti a beteg és a családja alkalmazkodását a kognitív és viselkedési változásokhoz, valamint csökkentheti a türelmetlenség és hibáztatás érzését.

*Hozzájárás a szolgáltatásokhoz:*

A korai diagnózis megnyitja a lehetőségeket a beteg és hozzátartozói részére a segítő szervezetek és a megfelelő programok megtalálása irányába. Már a korai stádiumban érdemes felmérni a lehetőségeket, milyen segítő szervezetekre támaszkodhatnak a jövőben. A demenciával élők fontos segítő bázisát képezik hazánkban is az Alzheimer Café találkozók, melyek országszerte megtalálhatóak ([www.alzheimercafe.hu](http://www.alzheimercafe.hu)) (7. ábra).



**7. ábra:** Alzheimer Café hálózat Magyarországon (2014-2019)

Az Alzheimer Café találkozói egy csésze kávé mellett, támogató légkörű beszélgetésekre kerül sor, ahol az érintettek megoszthatják tapasztalataikat, aggodalmaikat. Meghallgatást, együttérzést, lelki támogatást kaphatnak sorstársaiktól és tanácsot kérhetnek szakemberektől. Minden alkalommal rövid előadás hangzik el szakértők bevonásával a szellemi hanyatláshoz kapcsolódó témákban. Lehetősége van a résztvevőknek kérdezni, hozzászólni, továbbá a mindennapokat segítő gyakorlatias és hasznos információkat is kapnak.

Az Alzheimer Café jól bevált módszer arra, hogy a demenciával élőket gondozók ne érezzék kirekesztettnek magukat (stigmatizáció csökkentése).

Magyarországon az első Alzheimer Cafét 2014 őszén, franciaországi mintára Dr. Menyhárt Miklós bőnyi háziorvos indította útjára Győrben, aki a franciaországi Commercys St. Jacques Kórház Alzheimer részlegének volt a főorvosa. 2015-től országsszerte, több mint 30 Alzheimer Café kezdte meg működését. Pécssett az országban negyedikként került megszervezésre az Alzheimer Café jelen dolgozat szerzője, dr. Heim Szilvia kezdeményezésére és vezetésével. Az első találkozóra 2015. áprilisában került sor, ezt közel 50 találkozó megszervezése követte az ezt követő öt évben. A társadalmi szerepvállalás erősítése és a stigmatizáció csökkentése érdekében az Alzheimer Café Pécs csapata szervezésében minden évben megemlékeztünk a szeptemberi Alzheimer Világhónapról is. Két alkalommal Alzheimer Sétára, egy további évben a „Hűség” című film díszbemutatójára került sor a film alkotóinak részvételével. Sajnos a jelenlegi világjárvány az Alzheimer Cafék működését is visszavetette, a személyes találkozások korlátozásával. Történnek próbálkozások online Alzheimer Café találkozók megtartására, melyek nem adják vissza a találkozók eredeti hangulatát, minden célkitűzését, viszont számos előnyt is hoztak, például elértek olyan érdeklődőket is, akik személyesen nem tudtak vagy akartak a találkozókra megjelenni.

Világszerte jellemző, köztük hazánkban is, hogy az Alzheimer Café programokat általában nem-kormányzati szervezetek, egyesületek, társaságok, alapítványok szervezik, amelyek szponzorok vagy helyi önkormányzatok támogatását élvezik. A foglalkozásoknak nincsenek mindenütt és mindenki által egyformán használt módszerei, a célok azonosak, de a megvalósításban eltérések, helyi sajátosságok megjelennek.

Összefoglalva az Alzheimer Cafék rendszere a jó gyakorlat („good practice”) elvét követve számos direkt és indirekt hatással bír a demenciával élők és gondozóik életében: 1. Segíti a szembenézést a betegséggel, 2. Csökkenti a stigmatizációt, 3. Erősíti a demenciával élőket és családtagjaikat, 4. Információt ad és egyensúlyt teremt a terápiában, 5. Platform a pártfogáshoz, az önkéntes munkához, 6. Út a médiához, 7. Oktatási lehetőséget ad a hivatásos és nem szakmabeli látogatók számára [72].

### *Kockázatos élethelyzetek kivédése:*

A felderítetlen demencia diagnózis az idős betegeknél fokozott kockázatot jelenthet olyan helyzetekre, mint a delírium, a gépjármű balesetek, gyógyszerszedés hibák, anyagi kérdéseket érintő nehézségek. A korai diagnózis elősegítheti az időben történő óvintézkedések meghozatalát ezek kivédésére.

### *Tervezés a jövőre:*

Figyelembe véve a fentebb felsorolt rizikó állapotokat, a korai diagnózis megadja a hatékonyabb jövőbeni tervezés lehetőségét mind a beteg, mind a család és az ellátórendszer részére. Elősegíti a személyi és környezeti biztonsági intézkedések meghozatalát, megvalósítását. Lehetőséget ad végiggondolni a munkavégzéssel, nyugdíjazással, munkaképesség-csökkenéssel kapcsolatos kérdéseket. Hozzásegítheti a beteget és hozzátartozóit az időben történő és számukra megfelelő orvosi, oktatási és pszichoszociális intervenciók megtervezéséhez. Időben lehetőséget teremt anyagi és jogi természetű döntések meghozatalához, elrendezéséhez. Mindemellett maximalizálja a döntéshozás autonómiáját, hiszen sok esetben a betegek is részese lehet a folyamatnak.

### *Javuló klinikai eredmények:*

A vonatkozó tanulmányok szerint széleskörű egyetértés mutatkozik az irányban, hogy a korai felismerés lehetőséget ad a személyre szabott, megfelelő intervenciók alkalmazására, melyek nagymértékben jótékony hatásúak a beteg és a hozzátartozók életminőségére és jobb terápiás eredményekhez vezetnek [73, 74]. A diagnózis ismeretében meghozott beavatkozások és döntések lehetővé tehetik a hosszabb idejű önellátást és független életet, az elérhető legmagasabb szintű funkcionalitás megtartását a beteg részére és ezáltal csökkenthetőek a nagymértékű gondozási kiadások is [75].

### *Csökkenő anyagi kiadások:*

A demenciával kapcsolatos kiadások hatalmasak. Az ADI becslése szerint ez világszerte 604 milliárd dollárt tesz ki évente, mely összeg több részből tevődik össze. Magába foglalja az indirekt költségeket (családtagok által nyújtott gondozás), az orvosi ellátás költségeit, valamint a direkt költségekként megjelenő szociális ellátási kiadásokat. A következő évtizedekre várható globális öregedés világszerte nagy kihívást fog jelenteni a társadalmak gazdasági stabilitására. Ezt felismerve a haladó szellemű demencia gondozást képviselő országokban (pl. Egyesült Királyság) megjelent az „Invest to save” szemlélet. Ez az ajánlás felhívja a döntéshozók figyelmét, hogy a korai felismerés elősegítésével, a hozzátartozó gondozók támogatásával és a megfelelő intervenciók alkalmazásával elősegíthető a minél későbbi egészségügyi és szociális intézményi elhelyezés, mely nagymértékű költséghatékonyságot eredményezhet a demencia ellátásban [76, 77].

*A diagnózis, mint alapvető emberi jog:*

Az Alzheimer szervezetek hangsúlyozzák, hogy a demenciával élőknek joguk van a pontos és időben történő diagnózishoz, valamint joguk van visszautasítani is az információt, ha úgy kívánják. Ezt minden érintettnek figyelembe kell venni.

### **1.5. Az oktatás szerepe a házi orvosok szerepvállalásának alakításában**

A magas színvonalú demencia ellátás alapja a jól képzett szakemberek biztosítása. Ezért a demencia specifikus oktatás központi elem a Nemzeti Demencia Stratégiával rendelkező országok demencia ellátásában. A képzések célja a demenciával kapcsolatos tudás, készségek és attitűd fejlesztése az egészségügyi ellátórendszer valamennyi résztvevője számára, akik demenciával élőkkel foglalkoznak. Mivel nem csak a tudás átadására van szükség, hanem szemléletet és készségeket is fejleszteni kell, a demencia oktatásban előtérbe kerülnek az innovatív oktatási módszereket alkalmazó technikák a hagyományos képzési módszerekhez képest.

A demenciával kapcsolatos szemléletformálás és tudás építés már a graduális oktatás keretein belül szükséges elkezdeni. Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Karán a neurológia, pszichiátria, neuropszichológia, orvosi pszichológia és családorvostan tantárgy keretein belül, egy-két óra időtartamban találkoznak a hallgatók elméleti szinten a demencia témakörével.

Ezzel szemben az Egyesült Királyságban már az egyetemi képzés keretében nagy hangsúlyt fektetnek a leendő orvosok és más egészségügyi szakemberek (diplomás ápolók, mentőtisztek) demencia specifikus képzésére. Jelenleg is fut a „Time for Dementia” program a Brighton and Sussex Medical School szervezésében [78]. A program holisztikus szemléletű és személy-központú demencia oktatást jelent, célja, hogy megfelelő tudással, empátiával, együttérzéssel és megértéssel legyenek képesek a hallgatók a demenciával élőkkel és családjaikkal foglalkozni. Az elméleti képzés mellett a hallgatók hosszútávú kapcsolatba kerülnek egy demenciával élő beteggel és családjával, a kétéves program során 6 alkalommal tesznek látogatást a családnál. Ez egy egészen egyedi, nagyon fontos és szemléletformáló tapasztalatot jelent a hallgatóknak. A program részét képezi egy kutatási vonal is, mely lehetőséget ad a képzés hatásainak, eredményeinek a hosszútávú elemzésére is. Az első vizsgálat 2015 és 2018 között zajlott, melyben azt vizsgálták, hogy milyen hatással van a program a hallgatók demenciával kapcsolatos tudására és attitűdjére, továbbá milyen hatásai vannak a programnak az ebben résztvevő betegek és családok életére. A programban résztvevő hallgatók szignifikánsan jobb tudásszintet és pozitívabb attitűdöt mutattak, mint



azok, akik nem vettek részt a programban. Megértették mit jelent demenciával élni, milyen pszicho-szociális hatásai vannak a demenciának, nőtt a magabiztosságuk és javult a kommunikációs készségük a demenciával élő betegekkel kapcsolatban. A családok az Alzheimer's Society támogatásával, felügyeletével kerültek a programba, valamennyien motiváltak voltak a részvételre és pozitív élményt jelentett nekik az orvostanhallgatókkal való találkozás [79, 80].

Világszerte számos tanulmány foglalkozik a házi orvosok részére szervezett demencia specifikus képzések szükségességével és hatásaival. A magas színvonalú demencia ellátás alapját jelentik a házi orvosok részére nyújtott oktatási programok [20, 81, 82]. A tanulmányok hangsúlyozzák, hogy ezek a demencia-specifikus képzések akkor hatékonyak, ha tudományosan megalapozottak, de emellett gyakorlatiasak és a házi orvosok szükségleteihez szabottak. Figyelembe veszik az ő speciális igényeiket, a felnőtt képzési módszerek szempontjait és egyéni igényeiket is. Mivel a demencia ellátás számos szakterület, az egészségügyi és szociális szféra összefogását igényli, a képzések során is előnyös az interdiszciplináris együttműködések kialakítása [82, 83]. Szakirodalmi adatok alátámasztják, hogy a demencia-specifikus képzésben részesülő orvosok magabiztosabbak az ellátás során, mint azok, akik nem vettek részt ilyen képzésen [84]. Ezzel összefüggésben a Recare dem tanulmány szerint a magabiztosabb házi orvosok felkészültebbek és nagyobb aktivitást tanúsítanak a demencia ellátás minden területén [85].

A házi orvosok szerepvállalásának erősítése a diagnosztikus folyamatban az egyik legfontosabb oktatási célkitűzés. A képzés központi elemei között szerepelnie kell a következőknek: tudatosság növelése a korai diagnózis szükségességéről, a demencia korai tüneteinek felismerésével kapcsolatos tudás, a szűrést segítő gyakorlati készségek fejlesztése, a magabiztosság növelése [86]. Egy angol és egy francia vizsgálat is megerősíti, hogy a demencia specifikus képzésben részesülő házi orvosok hatékonyabbak a demencia felismerésében, mint azok, akik nem vettek részt semmilyen képzésen. Downs vizsgálatában az orvosok egy csoportos, gyakorlat-alapú workshop képzésen vettek részt, valamint számítógépes alkalmazásokkal (DSS-decision support software) segítették munkájukat [87]. Rondeau vizsgálatában két órás demencia szemináriumon vettek részt a házi orvosok [88]. Perry közleményében számos tanulmány szisztematikus összehasonlítása történik, mely szintén megerősíti, hogy a demencia ellátás oktatása gyakorlat orientált módszereket igényel. Azok a tréningek melyek a házi orvosok aktív részvételét igénylik és nem csak előadás alapúak, nagyobb mértékben növelik a családorvosok diagnosztikus aktivitását [89].

Más vizsgálatok felhívják a figyelmet, hogy a képzésnek nem csak az elméleti tudás növelésére kell irányulnia, hanem sokkal inkább fontos a házi orvosok azon attitűdjének a

megváltoztatása, hogy alkalmasnak érezzék magukat a diagnosztikus folyamat irányítására, fokozódjon a kompetencia érzésük és átérezzék az időben történő diagnózis fontosságát [17, 20].

## **2. KUTATÁSI VIZSGÁLATOK**

### **2.1. Első kutatás (2014) / Első részvizsgálat**

**Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról: A háziorvosok attitűdje a demencia diagnosztikájával, szűrésével, terápiájával és gondozásával kapcsolatban**

#### **2.1.1. Célkitűzés**

A demencia szűrése, diagnosztizálása és gondozása - az egyre növekvő betegszám miatt - világszerte növekvő kihívást jelent az alapellátásban résztvevő orvosok számára. Ez a tendencia Magyarországon is észlelhető az elmúlt években. A háziorvosok részvétele, kapuőr funkciójuk okán vitathatatlan a korai diagnosztika és szűrés tekintetében. PhD munkám fő célkitűzése a háziorvosi szerepvállalás felderítésére és fejlesztésére irányul. Az első vizsgálat fókuszába a magyar háziorvosok demencia ellátással kapcsolatos aktuális napi gyakorlatának felmérése és az erről alkotott véleményük megismerése került. A következő célokat fogalmaztuk meg:

1. A magyarországi háziorvosok demencia felismeréssel, diagnosztikával kapcsolatos napi rutinjának és véleményének a megismerése.
2. A háziorvosok demencia szűréssel kapcsolatos attitűdjének felderítése.
3. A háziorvosok véleménye a demenciával élők terápiájáról és gondozásáról.

#### **2.1.2. Módszertan**

A háziorvosok szerepvállalása a demencia felismerésében és menedzselésében, egy igen korlátozott részvételt tartalmazó nemzetközi vizsgálatról eltekintve [54], korábban nem volt még vizsgálva sem Magyarországon, sem a közép-kelet-európai régióban. A magyarországi helyzet felderítésére 2014-ben a PTE ÁOK Alapellátási Intézet és a SZTE Pszichiátriai Tanszék szakértőinek a részvételével létrejött egy kutatási együttműködés egy országos szintű felmérés kivitelezése céljából. A „Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról” című projekt célja a háziorvosok demenciával élők ellátásával kapcsolatos attitűdjének, napi rutinjának és véleményének összegyűjtése, a szűréssel kapcsolatos elképzeléseik és a demenciával kapcsolatos tudásuk megismerése volt. A közös munka eredményeként elkészült egy átfogó, a háziorvosok szerepvállalásának minden aspektusát vizsgáló önkitöltős kérdőív (Dr. Heim Szilvia, Papp Edina, Dr. Pákáski Magdolna, Prof. dr. Kálmán János közreműködésével). A 78 kérdést tartalmazó adatfelvételi ív a következő témaköröket

tartalmazta: (1) Szociodemográfiai adatok, a praxis jellemzői, (2) Beutalás, (3) Vizsgálat, (4) Gondozás, (5) Terápia, (6) Szűrés, (7) Együtműködés a gondozókkal, (8) Demenciával kapcsolatos tudás.

A felmérés 2014-ben zajlott egy tíz hónapos időintervallumban. A kérdőívek országos háziiorvosi konferenciákon, valamint az országban több helyszínen megrendezett kötelező, felnőtt háziiorvosi továbbképzéseken kerültek kiosztásra (a kizárólag egyetemi képzésben megtartott Háziiorvosi Kötelező Szintentartó Tanfolyam elvégzése minden háziorvos részére kötelező egy alkalommal öt éves ciklusonként). Az érintett rendezvényeken semmilyen demenciaspecifikus képzési program, tananyag nem szerepelt a vizsgálat évében. A képzéseken megjelent, minden felnőtt praxisban aktívan dolgozó háziorvos kapott a kérdőívől, a kitöltés anonym módon történt, önkéntes és térítésmentes volt. A kérdések a PTE-KK Regionális és Intézményi Kutatás-Etikai Bizottsága jóváhagyásával kerültek felhasználásra (5244/2014.)

A megjelentek közül 402 háziorvos töltötte ki és juttatta vissza hozzánk a kérdőívet. Ők az ország minden régióját, minden megyéjét képviselték. A KSH adatai szerint 2014-ben a felnőtt háziorvosok száma 4850 volt, így a kitöltött kérdőívek a háziorvos társadalom közel 10 %-át reprezentálták ([https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0007.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0007.html)). A válaszadók kiválasztása nem reprezentatív módszerrel történt, de a magas válaszadási arány miatt területi megoszlás, férfi-nő arány és életkor szerinti megoszlás tekintetében az országos átlagnak megfelelő volt a háziorvosok megoszlása. Az adatok összevetésére a demográfiai eredmények bemutatásakor kitérünk.

A kiterjedt vizsgálat eredményeinek feldolgozása a kutatási együttműködésben foglaltaknak megfelelően történt meg. A kérdések előzetesen felosztásra kerültek a szegedi és pécsi munkacsoport között. Az eredmények feldolgozása és bemutatása dolgozatomban a megállapodásnak megfelelően kerül közlésre. (*Melléklet I.*)

Dolgozatom első részvizsgálatában 21 kérdés kerül ismertetésre. A demográfiai adatok gyűjtésére hat kérdés irányult (válaszadó neme, életkora, praktizálásának ideje, a praxis helye, betegszáma, átlagos napi betegforgalma). A diagnosztika körülményeivel hat kérdés hozható összefüggésbe, ezek között kettő egyszerű választásos, három többszörös választásos és egy ötpontos Likert-skálás kérdés szerepel. A szűréssel kapcsolatos attitűdöt három ötpontos Likert-skálás kérdés vizsgálja. A terápia/gondozás témakörhöz négy kérdést rendeltünk, ezen belül két ötpontos Likert-skálás és két többszörös választásos kérdést használtunk. Az oktatással két egyszerű választásos kérdés kapcsolatos.

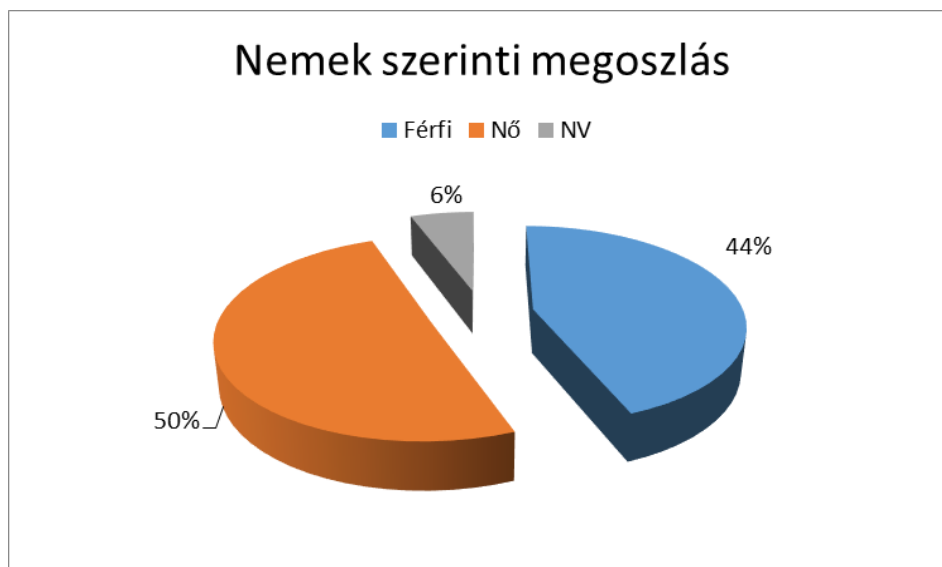
### 2.1.3. Statisztikai elemzés:

A kérdőíves vizsgálatban felhasznált kérdések eredményeinek statisztikai elemzése IBM SPSS Statistics for Windows 24.0 programmal történt. A válaszadási ráta kérdésenként változó volt (átlagos kitöltési arány: 91.8%), így ez minden pontnál külön bemutatásra kerül. A kérdések feldolgozása során deskriptív analízist, egyszerű leíró statisztikát alkalmaztunk. Gyakoriságokat (frekvenciákat) vizsgáltunk, melyek esetében elemszámokat (válaszadók számát) és százalékos megoszlásokat közlünk.

### 2.1.4. Eredmények:

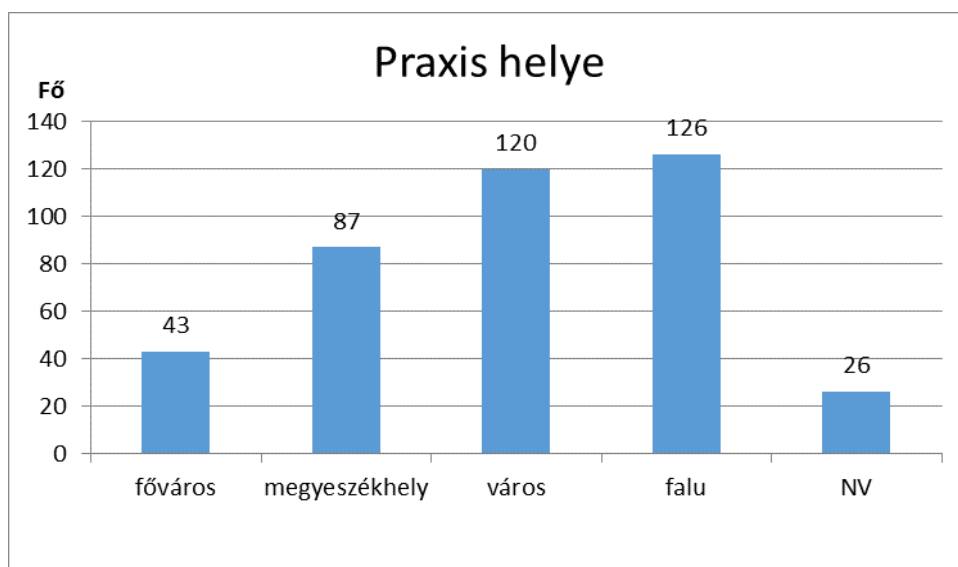
#### 2.1.4.1. Demográfiai adatok

A vizsgálatban résztvevő háziorvosok demográfiai adatait elemezve a következőket találtuk. Közel fele-fele arányban vettek részt a vizsgálatban férfi és női háziorvosok. Felmérésünkben 6% hiányzó válaszadó mellett 50% volt a nők és 44% a férfiak aránya (8. ábra). Az országos átlag szerint a háziorvosok 49%-a nő (OEP, 2015).



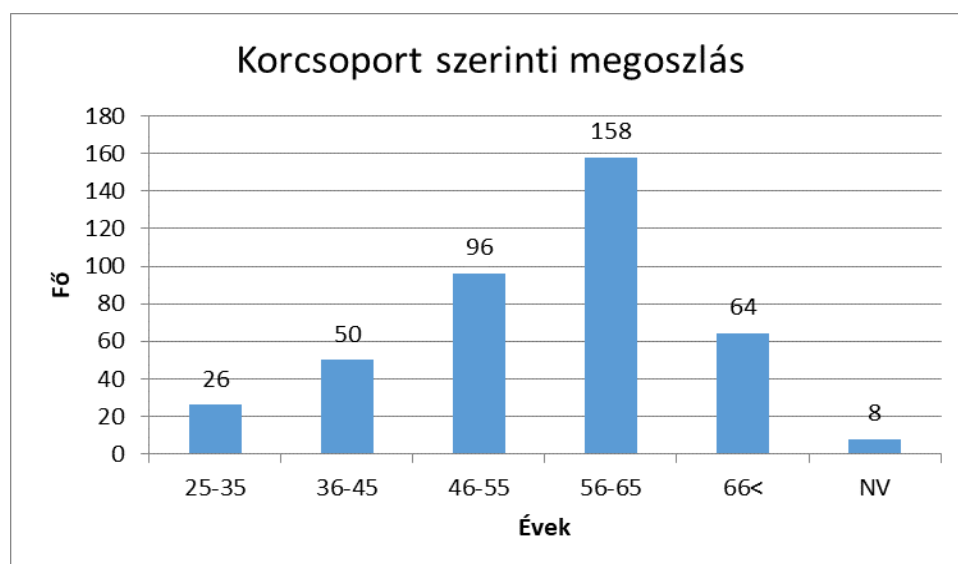
**8. ábra:** Válaszadó háziorvosok nemek szerinti megoszlása (n = 402 fő)

A településtípusok megoszlása szerint a válaszadó házi orvosok körülbelül fele városi, 10%-a fővárosi és 1/3-a falusi környezetben dolgozik (9. ábra).



**9. ábra:** Válaszadó házi orvosok praxisának elhelyezkedése (n = 402)

A házi orvosok életkor szerinti megoszlása hasonló arányokat mutat az országos adatokhoz képest. Az OEP adatai szerint 2012-ben a magyar házi orvosok átlagéletkora 55 év volt (ez azóta folyamatosan növekszik), a legtöbb házi orvos 61 éves volt. Vizsgálatunkban a házi orvosok életkori mintázata hasonló. A válaszadók több, mint fele az 55 év feletti korosztályba tartozott, a legtöbben az 56-65 év közötti korosztályból kerültek ki (10. ábra).



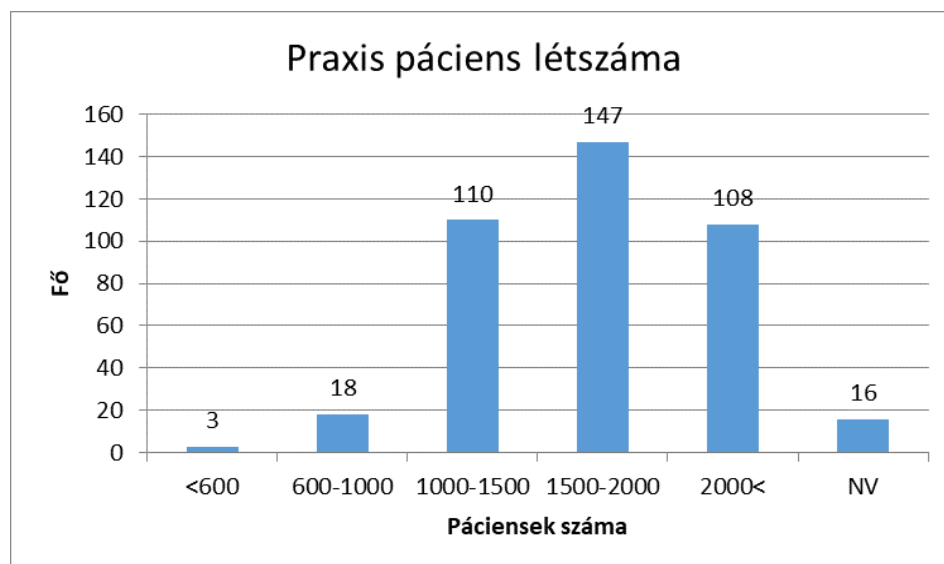
**10. ábra:** A válaszadó házi orvosok korcsoport szerinti eloszlása (n=402 fő)

A házi orvosok idősödő koreloszlásával arányosan a válaszadók 60%-a több, mint 20 éve praktizál házi orvosként (11. ábra).



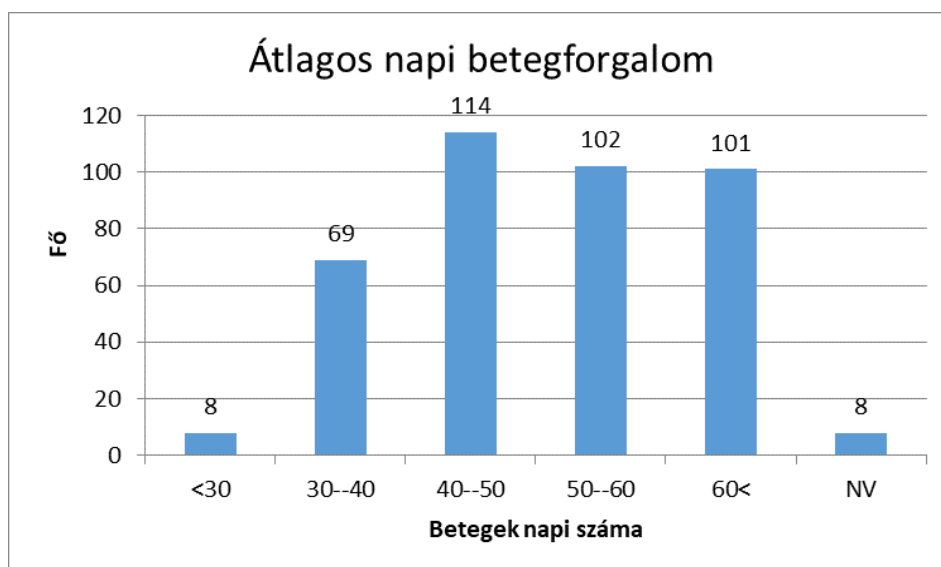
**11. ábra:** A válaszadó házi orvosok praktizálásának ideje (n = 402 fő)

A praxisok méretét betegszám tekintetében vizsgálva a következő adatokat kaptuk. A házi orvosi körzetek 60%-a 1500 fő vagy annál nagyobb páciens létszámmal rendelkezik (12. ábra).



**12. ábra:** A válaszadó praxisok pácienseinek létszáma (n = 402 fő)

Az átlagos napi betegforgalom ennek megfelelően a legtöbb helyen magas. A praxisok felében 50 fő feletti és további 28% esetén is 40-50 fő közötti értékeket találunk (13. ábra).



**13. ábra:** A válaszadó praxisok átlagos napi betegforgalma (n = 402)

A részletes, számszerű adatokat a III. számú Melléklet 1. számú táblázata tartalmazza.

#### **2.1.4.2. A demencia diagnosztika körülményeivel kapcsolatos attitűd**

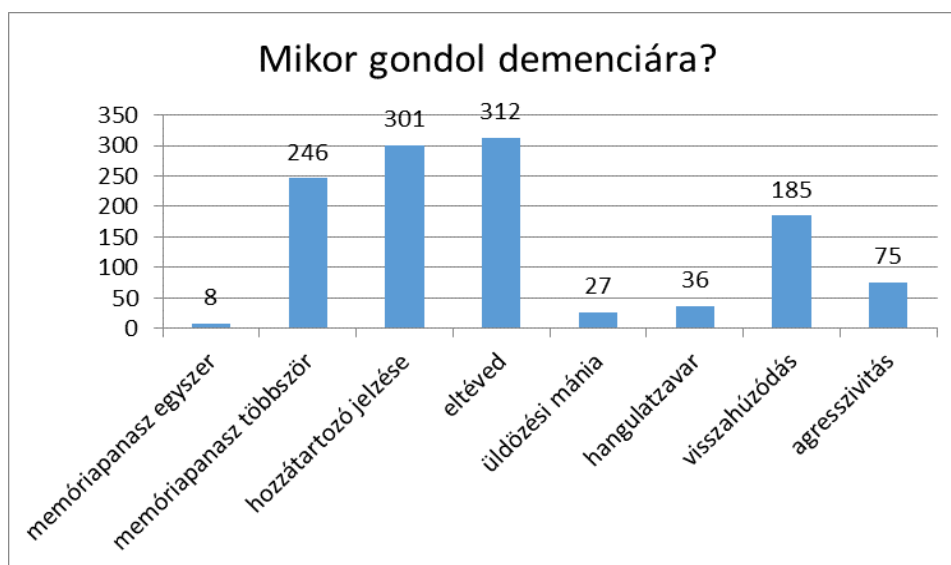
Magyarországon a demencia diagnosztikus folyamata több szakterületet is érint. A diagnózisalkotás kiindulópontja legtöbb esetben a beteg jelzése szubjektív panaszairól vagy a hozzátartozók aggodalmainak jelzése. További fontos kiinduló pont lehet a konzultáció során a házi orvosokban felmerülő gyanú, illetve a bizonyos populációkat érintő célzott szűrések eredményei. Gyanú esetén a szakmai ajánlásoknak megfelelően a házi orvosok elvégezhetnek alapvető neuropszichológiai tesztek (MMSE és Óra-teszt) és/vagy szakellátás irányába utalhatják betegeiket (memória ambulancia, neurológia, pszichiátria). A diagnózis alkotás, az etiológia tisztázása és a szükséges demencia specifikus gyógyszerek indikálása neurológus vagy pszichiáter szakorvos feladata.

Vizsgálatunkban a házi orvosok demencia diagnosztikával kapcsolatos napi rutinjának és véleményének a felderítésére hét kérdés irányult.

A házi orvosok jellemzően csak markáns tünetek esetén gondolnak demencia fennállására. Leggyakrabban eltévedés (312 esetben, 77,6%), hozzátartozói jelzés jellemző tünetekről (301 esetben, 74,8%), valamint többször jelzett memóriapanasz esetén (246 esetben, 61,1%) gondolnak demencia fennállására. Visszahúzóadás esetén már csak 185 esetben (46,0%) merül

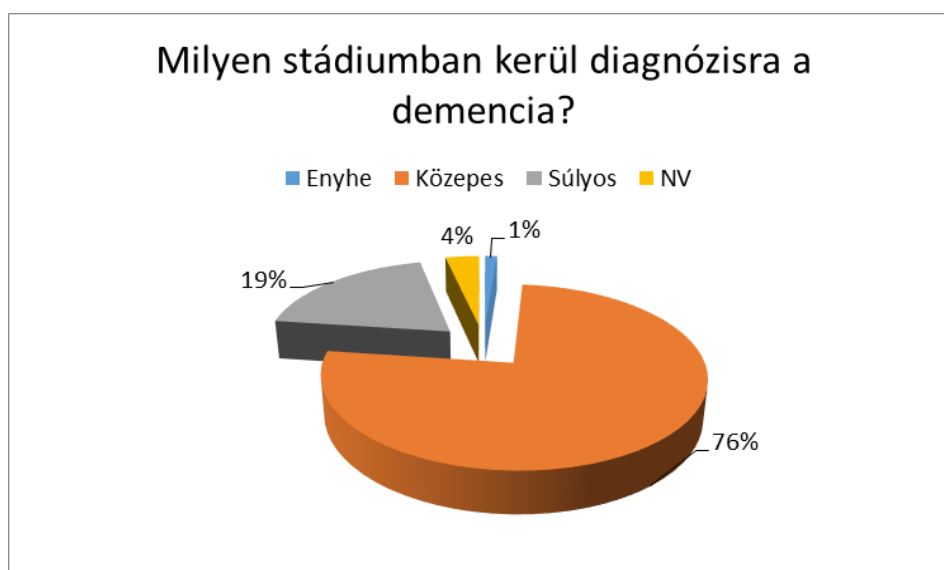


fel ez a diagnózis a háttérben, míg agresszivitás (75 esetben, 18,6%), hangulatzavar (36 esetben, 8,9%), üldözési mánia és gyanakvás esetén (27 esetben, 6,7%) csak kevés háziiorvosban vetődik fel a demencia gyanúja (14. ábra).



**14. ábra:** Mikor gondol demenciára? (n = 402 fő)

A háziiorvosok 95%-ának az a véleménye, hogy a demencia kórképek a közepes és súlyos stádiumban kerülnek csak diagnosztizálásra, amikor már markáns tünetek észlelhetőek (15. ábra). Tehát saját maguk is úgy látják, hogy az enyhe stádiumban esedékes korai, illetve időben történő diagnosztizálás legtöbbször nem történik meg.



**15. ábra:** Milyen stádiumban kerül diagnosztizásra a demencia? (n = 402)

A házi orvosok beutalási rutinjára szintén az jellemző, hogy csak markáns tünetek esetén (37,3%) és kifejezett páciens (49,7%) vagy hozzátartozói kérésre (55,2%) küldik szakorvoshoz a beteget (16. ábra). A legtöbben saját kezdeményezés alapján inkább elkerülik ezt a konfrontálódásra lehetőséget adó szituációt.



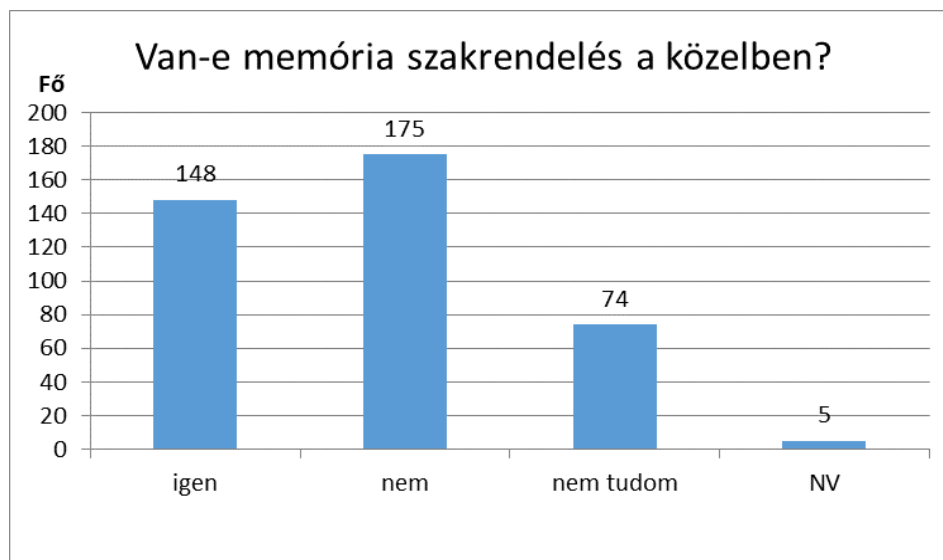
**16. ábra:** Mikor küldi szakorvoshoz a beteget memóriazavar esetén? (n = 402)

Megkérdeztük a házi orvosokat, mi a véleményük, amennyiben panasz esetén nem kerül szakorvosi vizsgálatra a beteg annak legjellemzőbben milyen okai lehetnek? Úgy gondolják, hogy ez akkor fordul elő a leggyakrabban, amikor a beteg nem együttműködő (68,4%). Továbbá, azokban az esetekben sincs erőltetve a szakorvosi kivizsgálás, amikor a hozzátartozói felügyelet megoldott (47,7%), illetve a beteg még önálló életvitelre képes (32,8%). Ez a nézőpont minden esetben hátráltatja a korai diagnózis felállításának lehetőségét. Igaz, hogy kisebb számban, de a szakemberhiány (19,9%), a szakellátó helyek rossz elérhetősége (19,9%), a rossz anyagi helyzet (11,1%) és a stigmatizációtól való félelem (12,4%) is megjelenik, mint akadályozó tényező a szakorvoshoz fordulás elmaradásának hátterében (17. ábra).



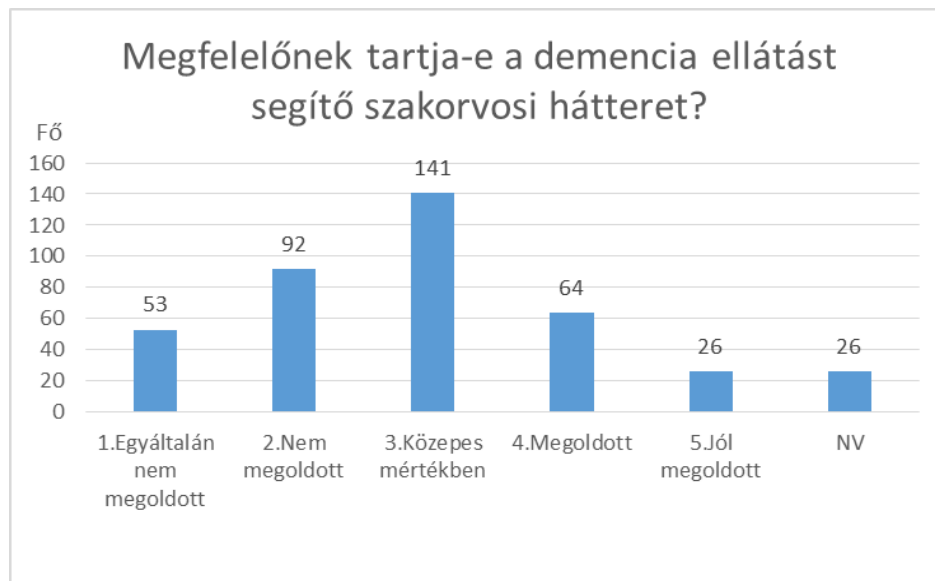
**17. ábra:** Mi az oka, hogy ha a beteg nem kerül szakellátásra memóriazavar esetén? (n = 402)

A szakellátás elérhetősége és minősége fontos szerepet játszik a házi orvosok proaktivitásában. Ezek elérhetősége és az együttműködés minősége szempontjából megoszlik a kérdezett házi orvosok véleménye. A házi orvosok kétharmada (61,9%) úgy nyilatkozott, hogy nincs vagy nem ismer memória szakrendelést a környezetében (18. ábra).



**18. ábra:** Van-e memória szakrendelés a munkakörnyezetében? (n = 402 fő)

Továbbá egy 1-től 5-ig terjedő skálán értékelve a háziorvosok nagyobb része inkább nem vagy csak részben tartja megfelelőnek a rendelkezésre álló szakorvosi háttérrel (átlag: 2,78) (19. ábra).



**19. ábra:** Mennyire tartja megfelelőnek a demencia ellátást segítő szakorvosi háttérrel? (n = 402 fő)

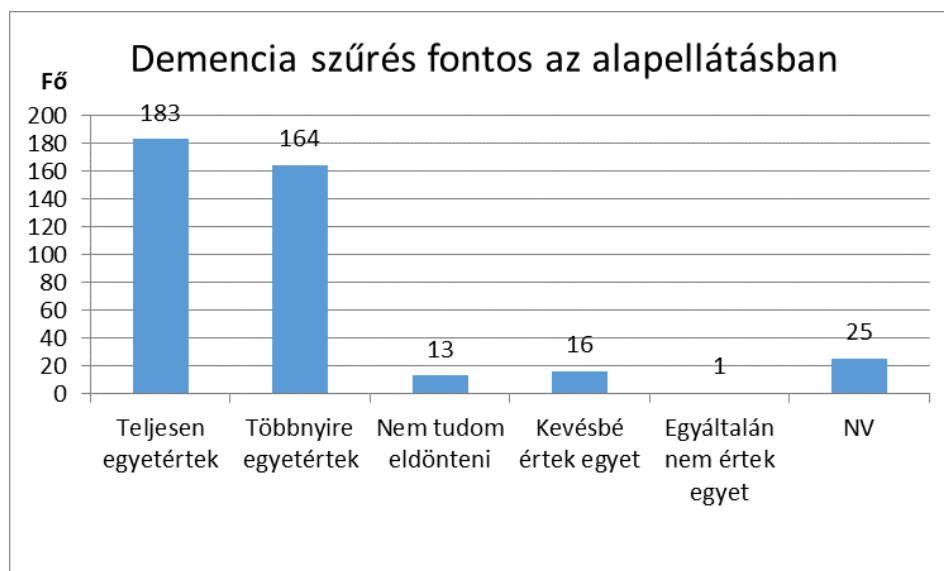
A részletes, számszerű adatokat a III. számú melléklet 2. számú táblázata tartalmazza.

### 2.1.4.3. A demencia szűrésével kapcsolatos attitűd

A szakirodalomban megoszlanak a vélemények a demenciára irányuló tünetek szűrését illetően, azaz, hogy szükség van-e életkorhoz kötötten, bizonyos populációk szűrésére. Mivel a demencia prodroma, az enyhe kognitív zavar tünetei évekkal megelőzik a demencia klinikai diagnózisát, a szűrővizsgálatok elvégzése elősegítheti a korai diagnózis felállítását. A diagnosztikus lehetőségek fejlődésével a fókusz a korai felismerés irányába tolódik. A prodromális szakaszban elkezdett terápia a progressziót lassítja, a beteg önállóságát meghosszabbítja és ezáltal mind a beteg, mind a hozzátartozók életminőségét javíthatja [90, 91]. Ezzel szemben a prodromális stádiumban kiszűrt betegek és hozzátartozóik attitűdje, reakciója szélsőséges skálán mozoghat a vizsgálati eredmény és a további kivizsgálások tekintetében. Boustani és munkatársai által végzett szűrővizsgálat adatai alapján a kiszűrt betegek kb. fele nem óhajtott további kivizsgáláson részt venni. Ennek hátterében a stigmatizáció és a diagnózis negatív hatásai okozta félelem állhat [10]. Ez a tény, valamint a téves pozitív eredmény lehetősége, továbbá az ellátórendszer túlterheltsége visszatarthatja a

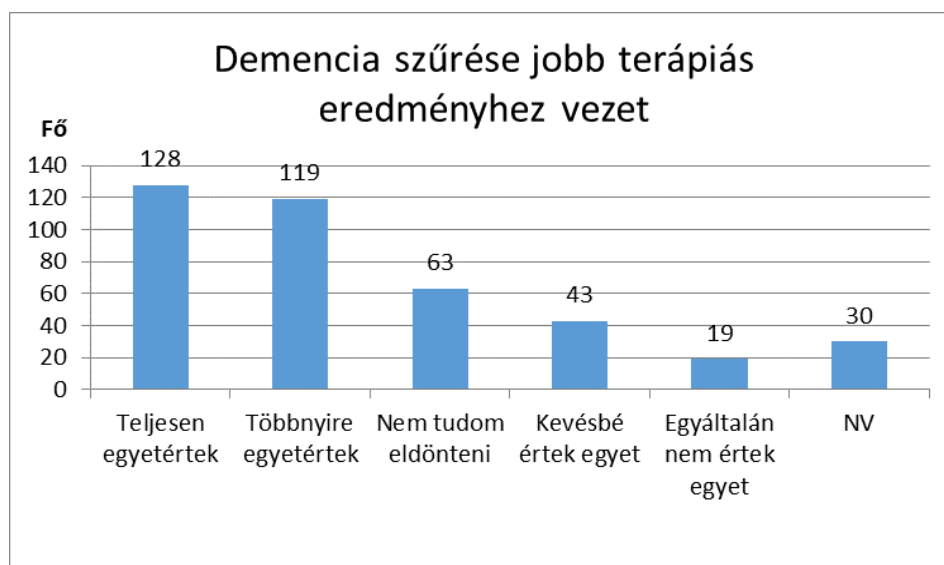
házi orvosokat a demenciára irányuló szűrővizsgálatok kivitelezésétől. A tünetmentes populációra irányuló szűrővizsgálatok előnyei és hátrányai még tisztázatlanok [56] [92].

A megkérdezett magyar házi orvosok 86%-ának véleménye szerint, a demencia irányába történő szűrés fontos feladat az alapellátásban (20. ábra).



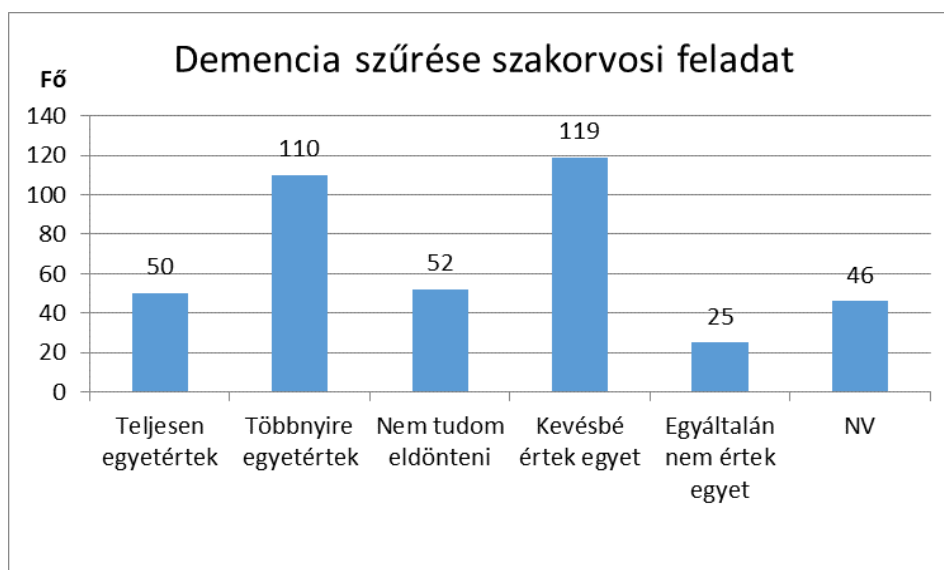
**20. ábra:** A házi orvosok véleménye a demencia szűrésének fontosságáról (n = 402 fő)

A házi orvosok 61%-a szerint a szűrés, azaz a korai felismerés jobb terápiás eredményekhez vezetne (21. ábra).



**21. ábra:** Házi orvosok véleménye a szűrés terápiára gyakorolt várható eredményéről (n = 402 fő)

Viszont abban a tekintetben, hogy kinek a feladata a szűrés, megoszlanak a vélemények. A válaszadók közel 40%-a úgy gondolja, hogy ez szakorvosi feladat, közel ugyanennyien (36%) ezzel inkább nem értenek egyet, míg 13% nem tudja eldönteni, hogy ez kinek a feladata (22. ábra).

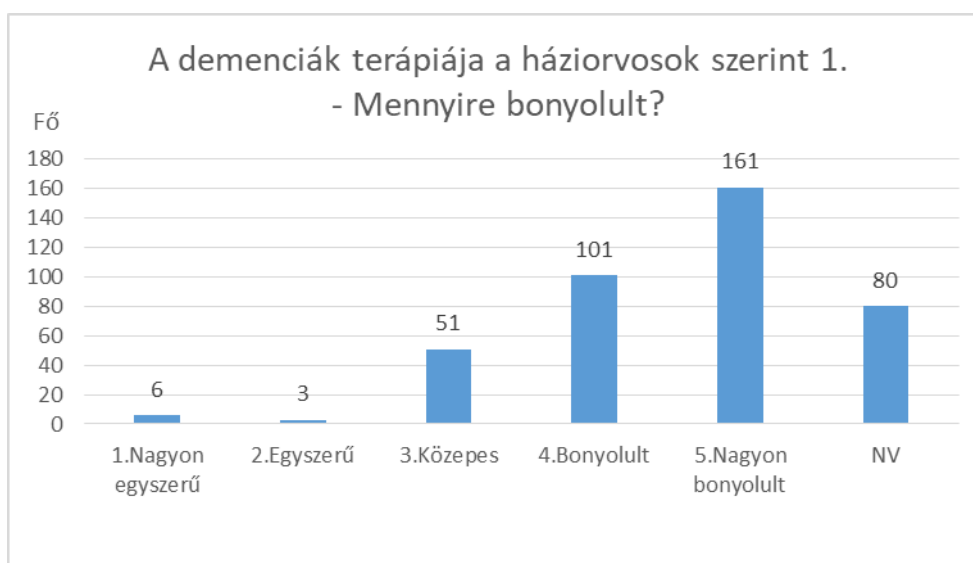


**22. ábra:** A demencia szűrés szakorvosi feladat-e? (n = 402 fő)

A részletes, számszerű adatokat a III. számú Melléklet 3. számú táblázata tartalmazza.

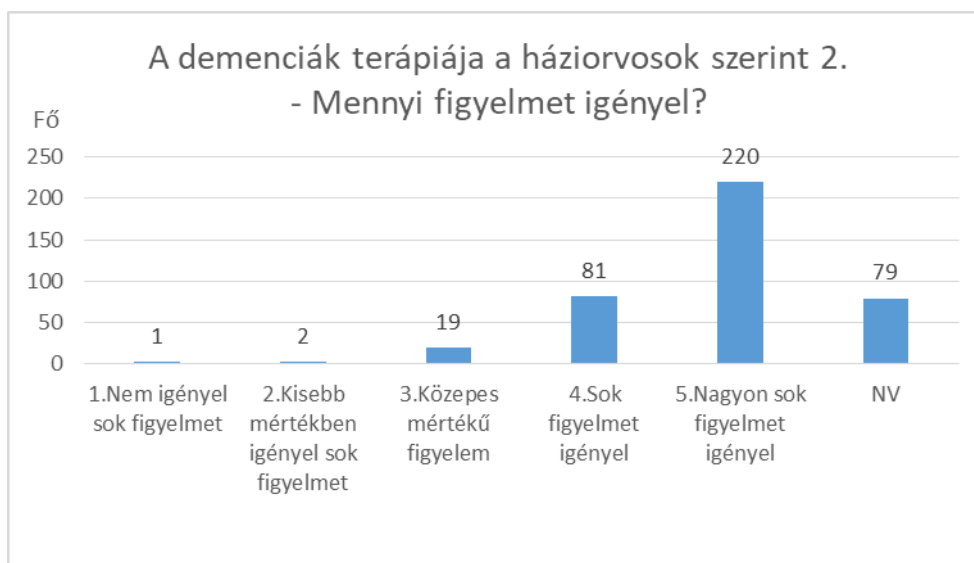
#### 2.1.4.4. A demencia terápiájával, gondozásával kapcsolatos attitűd

A háziorvosok demencia terápiájával kapcsolatos nézőpontját, ötpontos Likert skálával mértük. Ennek alapján a terápiával kapcsolatos feladatokat inkább bonyolultnak értékelik (átlag 4,26) (23. ábra).



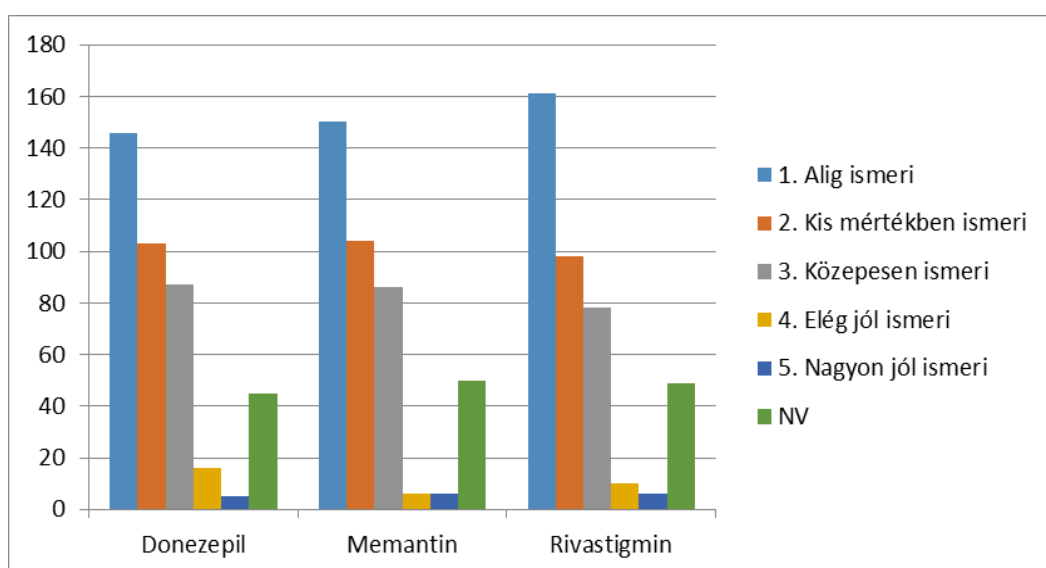
**23. ábra:** A demenciák terápiájának megítélése a háziorvosok szerint 1.: bonyolultság (n = 402 fő)

Továbbá egy demenciával élő beteg terápiáját, gondozását kimondottan sok figyelmet igénylő feladatnak érzik (átlag 4,60) (24. ábra).



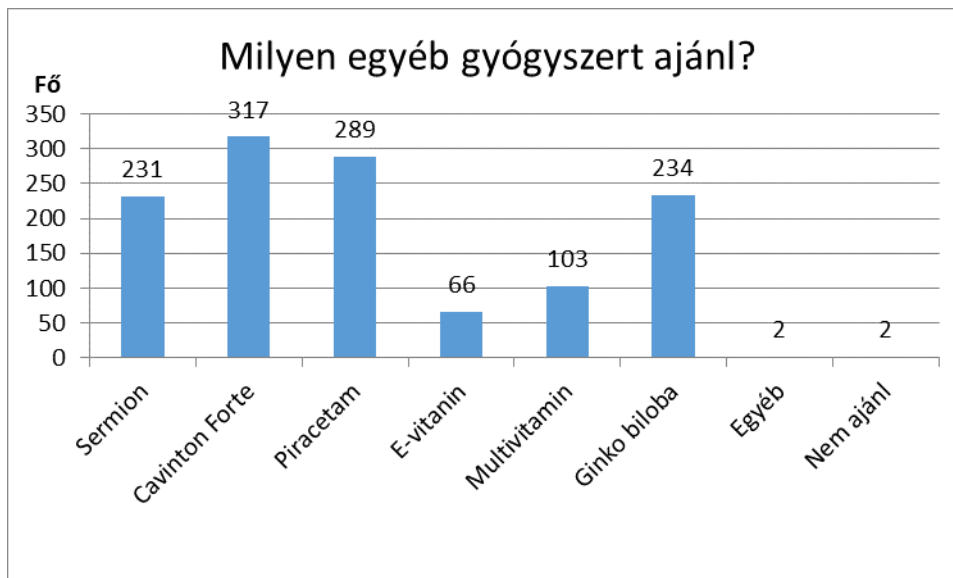
**24. ábra:** A demenciák terápiájának megítélése a házi orvosok szerint 2.: figyelem (n = 402 fő)

Vizsgáltuk a házi orvosok Alzheimer-kór terápiájában alkalmazott készítményekkel kapcsolatos ismereteit. Mindhárom készítmény esetén magas volt azoknak a családorvosoknak az aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy alig vagy kevésbé ismerik ezeket a készítményeket. Donepezil esetén 61,9%, Memantin esetén 63,2%, Rivastigmin esetén 64,4% volt ez az arány. Érdeemes megjegyezni, hogy a terápiával kapcsolatos kérdések esetén volt a legalacsonyabb a válaszadási ráta (84,9%). A hiányzó válaszok magasabb aránya is tudáshiányt, a kérdésekkel kapcsolatos bizonytalanságot fejez ki (25. ábra).



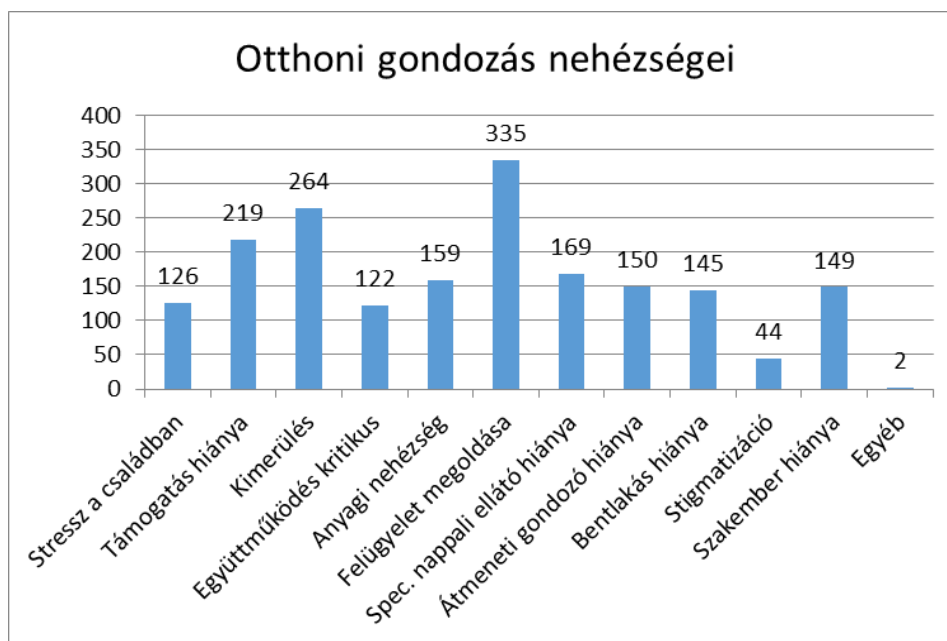
**25. ábra:** A házi orvosok ismereteinek megítélése az Alzheimer-kór specifikus gyógyszeres terápiájában alkalmazott készítményekkel kapcsolatban (n = 402 fő)

Felmérésünk szerint a megkérdezett házi orvosok nagy többsége előszeretettel alkalmaz és ajánl memóriazavarral jelentkező betegeknek nem specifikus, keringésjavító, illetve komplementer készítményeket. A legnépszerűbb a vinpocetin, de magas számban alkalmaznak a házi orvosok közül piracetám, nicergolin és ginkgo biloba hatóanyagú készítményeket is (26. ábra).



**26. ábra:** A házi orvosok által demencia esetén ajánlott terápiás készítmények (n = 402 fő)

Megkérdeztük a házi orvosokat, hogy miben látják az otthoni gondozás legfőbb nehézségeit. Úgy ítélik meg, hogy a demenciával élők felügyeletének a megoldása és a nyilvánvalóan ennek következtében megjelenő gondozói kimerülés jelenti a legnehezebben kezelhető helyzeteket (27. ábra). Részletes adatok a Melléklet 4.sz. táblázatában találhatóak.

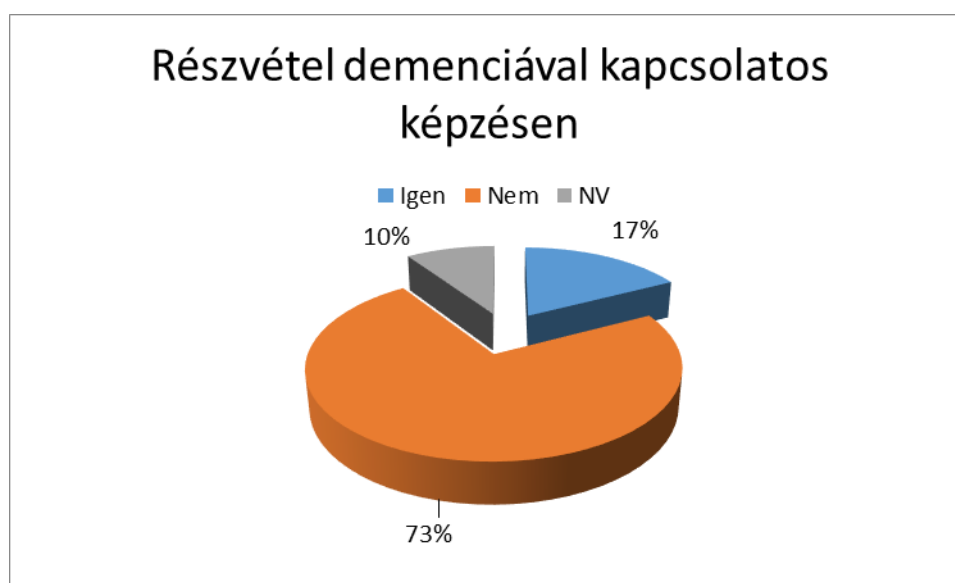


**27. ábra:** Az otthoni gondozás nehézségei a demenciával élők esetén (n = 402 fő)



#### 2.1.4.5. Demencia oktatással, továbbképzéssel kapcsolatos attitűd

Az oktatás szerepe vitathatatlan a magas színvonalú demencia ellátás háttérében. Kiemelt jelentősége miatt ez a kérdéskör valamennyi vizsgálatunkban megjelenik, így figyelemmel követhetőek az elmúlt évek változásai. Az első részvizsgálatban a válaszadók teljes létszámát figyelembe véve azt találtuk, hogy a megkérdezettek 73%-a nem vett részt semmilyen demenciával kapcsolatos képzésen a vizsgálatot megelőző két évben. A fennmaradó válaszadók közül is csak 10% nyilatkozott ilyen jellegű részvételről, míg 17% nem adott választ erre a kérdésre (28. ábra).



**28. ábra:** A háziorvosok részvétele demenciával kapcsolatos képzéseken (n = 402 fő)

Az igényelt képzési formák tekintetében a válaszadók közel fele továbbképzési formát, egyötöde pedig speciális tréning módszert tartana legcélravezetőbbnek a demenciával kapcsolatos ismeretek fejlesztésére. A fennmaradó válaszadók konferencián, internetről illetve közleményekből szereznék meg elsősorban ismereteiket a demenciáról (29. ábra - SZTE kérdése, a szerzők engedélyével).



**29. ábra:** Házi orvosok véleménye az igényelt képzési formákról

A részletes adatokat a III. számú Melléklet 5. számú táblázata tartalmazza.

### 2.1.5. Összefoglalás

Eredményeink alapján a következő megállapításokat tehetjük:

1. A magyar háziorvosok többsége csak súlyos tünetek esetén (pl. eltévedés) gondol demencia fennállására.
2. Maguk is úgy látják, hogy a demencia diagnózisa csak a közepes vagy súlyos stádiumú betegeknél kerül megállapításra.
3. A háziorvosok napi rutinjára jellemző, hogy 49 %-uk még gyanú esetén sem végez speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére. Ezzel a gyakorlattal kissé szemben áll a szűréssel kapcsolatos háziorvosi attitűd, mely szerint úgy vélik a szűrés nagyon fontos és időben történő kivitelezése jobb terápiás eredményhez vezetne. A háziorvosok véleménye fele-fele arányban megoszlik abban a tekintetben, hogy a kognitív funkciók tesztelése háziorvosi vagy szakorvosi feladatot jelent-e?
4. Szakorvosi vizsgálatot csak súlyos, markáns tünetek esetén illetve kifejezett hozzátartozói kérésre kezdeményeznek csak. Úgy vélik a szakorvosi kivizsgálás elmaradásának legjellemzőbb okai, ha a beteg nem együttműködő, vagy a hozzátartozói felügyelet megoldott illetve olyan súlyos állapotú a beteg, hogy szociális otthonba kerül elhelyezésre.
5. A háziorvosok két-harmada nem ismer vagy nem tud speciális memória szakrendelésről a munkakörnyezetében, ennek megfelelően nagyobb részük nem vagy csak részben tartja megfelelőnek a rendelkezésre álló szakorvosi háttérrel.
6. A magyar háziorvosok a demencia terápiáját bonyolultnak érzik, a demenciával élő betegek terápiáját, gondozását sok figyelmet igénylő feladatnak tartják. A specifikus terápiákat saját bevallásuk szerint is alig ismerik.
7. A háziorvosok több, mint két-harmada nem részesült semmilyen demenciával kapcsolatos képzésben a vizsgálatunkat megelőző két évben.

### 2.1.6. Megbeszélés

Magyarországon hiánypótló vizsgálatként került kivitelezésre a „Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról” elnevezésű felmérés. Ennek keretein belül, PhD munkám első vizsgálatának célja a háziiorvosi szerepvállalás, nézőpontok megismerése volt.

Megállapítható, hogy a demencia diagnosztikája tekintetében a magyar háziiorvosok esetében is jellemző a megkésett diagnózis és a csökkent diagnosztikus aktivitás. A kognitív tesztek alkalmazásának hiánya megtalálható más európai tanulmányokban is: a francia háziiorvosok 85 %-a, a svájci háziiorvosok 79 %-a, az olasz háziiorvosok 53 %-a, a skót háziiorvosok 33 %-a hasonlóan nyilatkozott, azaz nem használnak speciális tesztet a kognitív funkciók értékelésére [81, 93-95]. Kivételt képez egy ír és egy német tanulmány, ahol a háziiorvosok nagyobb precizitással és tudatossággal, 90 % fölötti arányban használnak speciális tesztet a kognitív funkciók tesztelésére [96, 97]. A kognitív funkciók vizsgálatára irányuló tesztelés elmaradásának okaira a jelen kutatásunk második részvizsgálatában térünk ki részletesen.

Jelen vizsgálatunk felhívja a figyelmet a demencia ellátás rendszerszintű problémáira is. A magyar háziiorvosok kétharmadának nincs kellő ismerete vagy hozzáférése megfelelő szintű demencia szakellátáshoz. Hasonló akadályt írt le egy amerikai tanulmány is, ahol demenciák esetén szignifikánsan rosszabb volt a háziiorvosok szakmai kapcsolatainak és beutalási lehetőségeinek száma, mint más krónikus betegségek (krónikus szívbetegség, cukorbetegség) esetén [98]. A megfelelő betegutak és szakemberek ismeretének vagy hozzáférhetőségének a hiánya számos tanulmányban megjelenik, mint demotiváló illetve akadályozó tényező a diagnosztikus és gondozási folyamatban [12, 46, 57, 99].

Ezzel párhuzamosan a háziiorvosok demencia terápiájával kapcsolatos attitűdje is inkább bizonytalanságot, negatív hozzáállást tükröz. Más tanulmányok is úgy találják, hogy a háziiorvosok a demencia szindróma betegségeinek a gondozását sokkal komplexebbnek, bonyolultabbnak érzik, mint más krónikus betegségek menedzselését [100]. Az Alzheimer-kór terápiájában alkalmazott specifikus készítményeket (donepezil-memantin-rivastigmin) a háziiorvosok nem jól ismerik, kevés tapasztalattal rendelkeznek ezekkel kapcsolatban, ennek hatására valószínűleg saját hatáskörükben ritkán indikálják, alkalmazzák azokat. Ennek hátterében állhat az a tény is, hogy Magyarországon sok más európai országhoz hasonlóan a háziiorvosok csak szakorvosi indikációval, javaslatra írhatják fel ezeket a készítményeket [54]. Ezzel szemben magas arányban javasolnak, alkalmazzák keringésjavító és gyógyhatású készítményeket. A kutatásunk szegedi munkacsoportja által végzett elemzések kimutatták, hogy enyhe stádiumú demencia esetén 96%-ban ezeket a készítményeket alkalmazzák csak a

magyar háziorvosok, holott ezek hatásossága csak bizonyos demencia típusokban nyert bizonyítást [101].

A háziorvosok demencia terápiával kapcsolatos negatív attitűdje, ismeret hiánya más országok vizsgálataiban is megjelenik. Harmand tanulmányában azt találjuk, hogy a francia háziorvosok is úgy gondolják, hogy a demencia farmakoterápiája ineffektív és ez visszatartja őket is a korai diagnózis felállítására irányuló törekvésben [85].

A magyar háziorvosok szűréssel kapcsolatos véleménye ellentmondónak látszik az előzőekben tapasztalt, több területen korlátozott aktivitást mutató napi gyakorlatukkal. A szűrést, azaz bizonyos életkor feletti, akár tünetmentes populáció időszakos, kognitív funkciók tesztelésére irányuló vizsgálatát a háziorvosok nagy többsége (86%) fontos feladatnak tartja az alapellátásban, sőt közel kétharmaduk (61%) úgy véli, hogy ennek alkalmazása, bevezetése jobb terápiás eredményekhez, jobb életminőséghez vezetne. Viszont erőteljes bizonytalanság mutatkozik abban a kérdésben, hogy a szűrés kivitelezése kinek a feladata. Gyakorlatilag egyenlő arányban gondolja egy részük a háziorvos, míg másik részük a szakorvosok feladatának ezt a kérdést, és jelentős azok aránya is akik nem tudják eldönteni kinek a feladata ez. Ennek hátterében felmerül a háziorvosok saját bizonytalansága és tudásanyagának hiánya, illetve rendszer szintű hiányosságok is, melyek a megfelelően kidolgozott és közismert szakmai útmutatókra és a jól-működő szakellátó rendszerre vonatkoznak.

A háziorvosok szűrés és korai diagnózis szükségességével kapcsolatos pozitív szemlélete és az ezzel ellentétben álló kevésbé aktív napi gyakorlata általánosan tapasztalható megfigyelés. Több európai és tengerentúli tanulmány is hasonló eredményeket ír le [102].

A demencia ellátás és szerepvállalás minden szintjén szembe találoztunk a háziorvosok elméleti és gyakorlati ismereteinek hiányosságaival. Ennek hátterében fontos oki tényező a demenciával kapcsolatos oktatás, képzés komoly hiányossága. A vizsgálatunkban résztvevő háziorvosok több, mint két-harmada nem részesült semmilyen demenciával kapcsolatos képzésben a kutatásunkat megelőző két évben. További nehézséget jelent ezen a területen, hogy a magyar háziorvosoknak valószínűsíthetően nem csak a naprakész, hanem az alap ismeretei is hiányosak a demencia ellátásról.

Az oktatás jelentőségének bemutatása, illetve a háziorvosi szerepvállalás alakulásával kapcsolatos összefüggések elemzése a második részvizsgálatban részletesen ismertetésre kerülnek.

## **2.2. Első kutatás (2014) / Második részvizsgálat**

### **A házi orvosok demenciával élőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata, valamint az oktatás jelentősége a szerepvállalásuk alakításában**

#### **2.2.1. Célkitűzés**

A házi orvosi szerepvállalás meghatározó faktora az az érzelmi háttér, attitűd, ahogyan a házi orvosok demenciával élő betegekhez viszonyulnak. Ennek felderítésére PhD. munkám irányával összhangban a második részvizsgálat célkitűzései a következők voltak:

1. A magyarországi házi orvosok demenciával élő betegekkel kapcsolatos érzelmeinek, attitűdjének feltárása.
2. A házi orvosok demencia vizsgálatával kapcsolatos napi rutinjának felmérése azon betegek esetében, akiknél felmerül számukra a demencia gyanúja.
3. A házi orvosok számára nyújtott demenciával kapcsolatos képzések helyzetének, lehetőségeinek feltérképezése, a részvételi arány felmérése.
4. A demenciával kapcsolatos képzések hatásának elemzése a házi orvosi attitűd és szerepvállalás alakulása tekintetében.

#### **2.2.2. Módszertan**

Jelen vizsgálat célkitűzéseinek felderítésére tíz kérdést használtunk fel az első kutatás/első részvizsgálatban ismertetett „Házi orvosi vélemény a demencia alapellátásról” című projekt kiterjedt vizsgálati anyagából.

A célkitűzésben feltett kérdések pontos összefüggéseinek bemutatása érdekében a beérkezett kérdőívek közül ebben a részvizsgálatban csak azok kerültek beválogatásra, melyekben mind az érzelmet leíró attitűdre, mind az oktatásra vonatkozó kérdésekre hiánytalanul választ adtak a kitöltő házi orvosok. Ennek a szempontrendszernek megfelelően ebben a részvizsgálatban 277 kérdőív beválogatásával került sor az elemzésre. Négy kérdés a résztvevő házi orvosok szociodemográfiai adatainak felmérésére irányult (nem, kor, praxis helye, átlagos napi betegforgalma). A gyanú felmerülésekor alkalmazott diagnosztikus szokások tisztázására egy egyszerű választásos és két többszörös választásos kérdés került megfogalmazásra. A demenciával kapcsolatos képzések feltérképezésére egy egyszerű választásos kérdést alkalmaztunk. A demenciával élőkkel kapcsolatos érzelmeik, attitűd leírására és a terápiával kapcsolatos attitűd lemérésére öt-pontos Likert skálás kérdéseket szerkesztettünk. *(Melléklet I.kérdőív piros színnel kiemelt kérdései).*

### **2.2.3. Statisztikai elemzés**

A vizsgálati eredmények statisztikai elemzésére IBM SPSS Statistics for Windows 24.0 programot használtunk. A kérdések feldolgozására leíró statisztikai módszereket (átlag, relatív gyakoriság, gyakorisági sorok és megoszlás) alkalmaztunk az elemzések során. Az oktatás szerepének tisztázására összehasonlító, keresztábra elemzéseket végeztünk. Az oktatás és a tesztelési hajlandóság összefüggési szintjének megállapítása Fisher-egzakt teszttel történt, az érzelmi attitűdök és az oktatás kapcsolata ANOVA-teszttel került bemutatásra. Az elemzések során  $p < 0,05$  érték esetében tekintettük a tesztek eredményét statisztikailag szignifikánsnak. A  $p$  értéket minden esetben pontosan megadjuk.

### **2.2.4. Eredmények**

#### ***2.2.4.1. Demográfiai adatok***

A második részvizsgálatba beválasztott házi orvosok demográfiai adatait elemezve közel azonos arányú volt a férfi – női megoszlás. A praxis elhelyezkedése tekintetében a válaszadóknak 2/3-a városi, 1/3-a falusi praxisban dolgozik. A házi orvosok közel fele 55 év feletti volt. A vizsgált praxisok nagy részében a napi betegforgalom 40-60 fő között volt, a résztvevők 18,4%-a nyilatkozott 40 fő alatti és 27,4%-a 60 fő feletti napi forgalmat adott meg (2. táblázat).

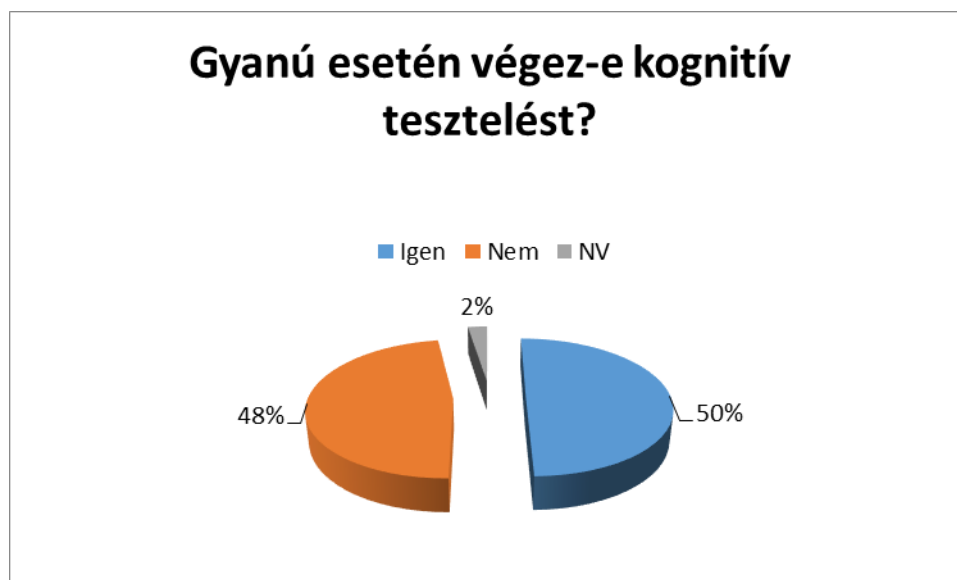
**2. táblázat:** Első kutatás – második részvizsgálatába beválasztott házi orvosok demográfiai adatai

DEMOGRÁFIAI ADATOK	Házi orvosok <b>n</b> (%) (n = 277 fő)
<b>Praxis elhelyezkedése</b>	
Főváros	<b>33</b> (11,9)
Város	<b>143</b> (51,7)
Vidék	<b>86</b> (31,0)
NV	<b>15</b> (5,5)
<b>Házi orvosok életkora (év)</b>	
25-35	<b>24</b> (8,7)
36-45	<b>41</b> (14,8)
46-55	<b>74</b> (26,7)
56-65	<b>100</b> (36,1)
66<	<b>35</b> (12,6)
NV	<b>3</b> (1,1)
<b>Nemi megoszlás</b>	
Férfi	<b>130</b> (46,9)
Nő	<b>137</b> (49,5)
NV	<b>10</b> (3,6)
<b>Napi betegforgalom</b>	
<30	<b>4</b> (1,4)
30-40	<b>47</b> (17,0)
40-50	<b>72</b> (26,0)
50-60	<b>73</b> (26,4)
60<	<b>76</b> (27,4)
NV	<b>5</b> (1,8)



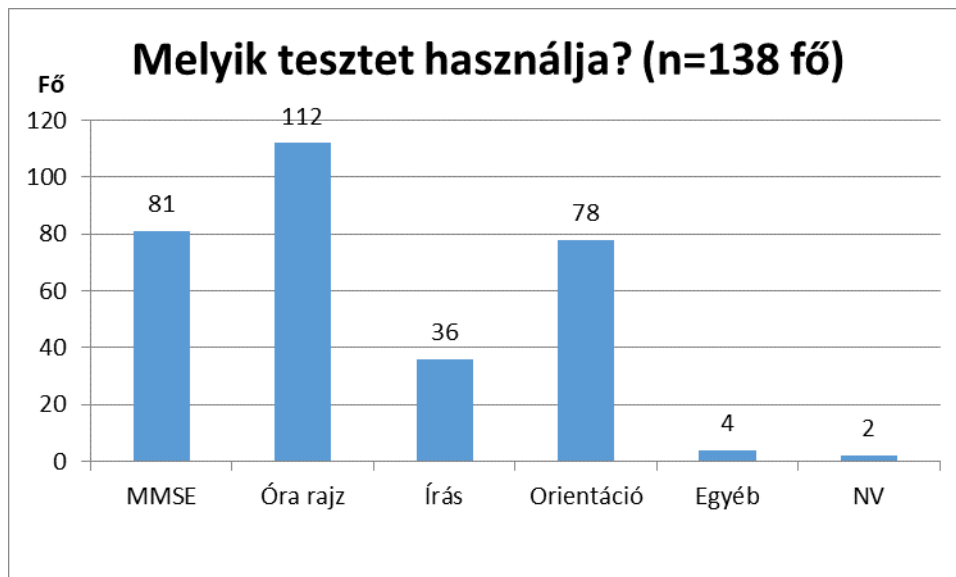
#### 2.2.4.2. A házi orvosok tesztelési gyakorlata gyanú felmerülése esetén

A vizsgált házi orvosok közel fele (138 fő = 49,8%) nyilatkozott úgy, hogy elvégez valamilyen kognitív funkció vizsgálatára irányuló tesztet azoknál a betegeknél, akiknél panasz alapján felmerül a demencia fennállásának gyanúja. 132 válaszadó (47,7%) nem végez tesztelést még abban az esetben sem, ha felmerül a kognitív károsodás gyanúja (30. ábra).



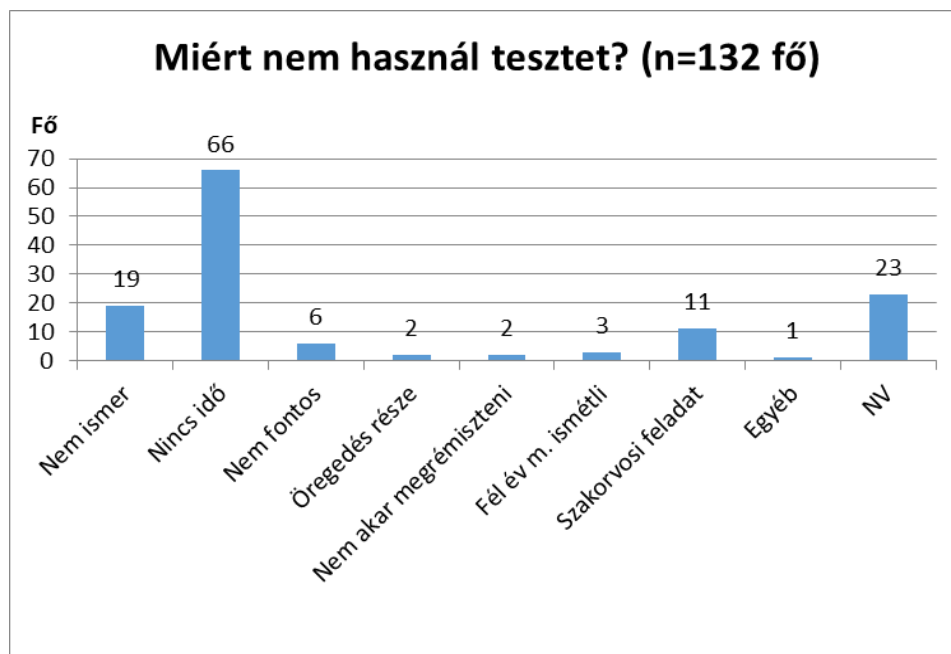
**30. ábra:** Gyanú esetén kognitív tesztelést végző házi orvosok aránya (n = 277 fő)

A 138 vizsgálatot végző házi orvos a következő tesztet/teszteket használja a kognitív károsodás gyanújának megerősítésére. Legtöbbször, 81,2% használja az óra-rajzolás tesztet, 58,7%-uk alkalmazza az MMSE tesztet, 56,5% tér-idő orientációs kérdéseket tesz föl. Az írás vizsgálatát a vizsgálatot végző házi orvosok 26,1%-a alkalmazza, míg más specifikus tesztet (pl. TYM teszt) csak 2,9%-uk használ (31. ábra).



**31. ábra:** Amennyiben végez vizsgálatot, melyik tesztet használja a kognitív funkciók vizsgálatára? (n = 138)

A tesztelést nem végző háziorvosok (n = 132 fő) a következő okokkal magyarázták a tesztelés elvégzésének hiányát: 50% tapasztalja úgy, hogy nincs erre idő a háziorvosi rendelés alatt, 14,4% úgy érzi, nem rendelkezik elég tudással a teszteléssel kapcsolatban, 8,3% úgy gondolja ez szakorvosi feladat, 4,5%-uk pedig nem tartja fontosnak az ilyen irányú vizsgálat elvégzését (32. ábra).



**32. ábra:** A tesztelés elmaradásának okai a háziorvosok részéről (n = 132 fő)

A részletes adatokat a III. számú Melléklet 6. számú táblázata tartalmazza.

**2.2.4.3. A házi orvosok attitűdje, érzései a demenciával élőkkel és a terápiával kapcsolatban, valamint ezek összefüggései a képzésekkel**

A leggyakrabban megjelenő érzések a betegekkel kapcsolatban a sajnálat (átlag = 3,33), a tehetetlenség (átlag = 3,28) és a szomorúság (átlag = 3,07) voltak. Az érzés kvalitások megoszlását mutatja a 3. számú táblázat.

**3. táblázat:** A házi orvosok érzés kvalitásai demenciával élő betegekkel kapcsolatban

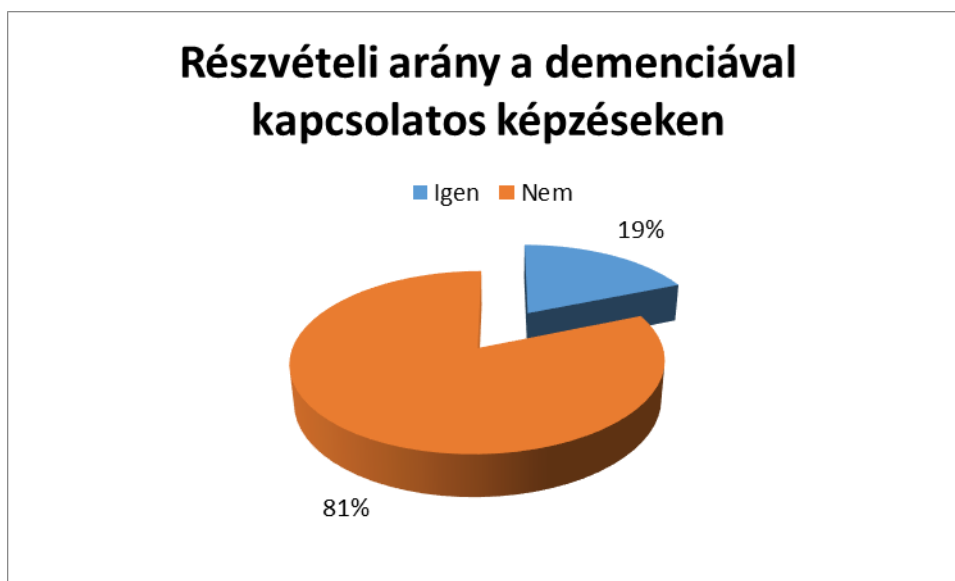
	Megrendülés	Rosszul érzi magát	Sajnálat	Tehetlenség	Szomorúság	Bizonytalanság
N – Valid	277	277	277	277	277	277
NV	0	0	0	0	0	0
<b>1.Nem jellemző</b>	18,8 %	33,2 %	11,2 %	12,6 %	14,4 %	24,5 %
<b>2.Kissé jellemző</b>	17,7 %	21,7 %	12,3 %	14,4 %	15,2 %	22,4 %
<b>3.Semleges</b>	28,2 %	27,1 %	27,4 %	25,3 %	31,4 %	33,2 %
<b>4.Jellemző</b>	22,4 %	14,1 %	30,3 %	27,4 %	26,7 %	15,2 %
<b>5.Nagyon jellemző</b>	13,0 %	4,0 %	18,8 %	20,2 %	12,3 %	4,7 %
<b>Átlag</b>	<b>2,93</b>	<b>2,34</b>	<b>3,33</b>	<b>3,28</b>	<b>3,07</b>	<b>2,53</b>
<b>Std.deviáció</b>	1,293	1,189	1,233	1,288	1,220	1,153

A terápia nehézségével kapcsolatban a vizsgált házi orvosok nagy többsége (89,6%) nyilatkozott úgy, hogy nehéznek, vagy nagyon nehéznek érzi a demenciával élő betegek kezelését, gondozását (4. táblázat).

**4. táblázat:** A válaszadó házi orvosok véleményének megoszlása demencia/Alzheimer-kór terápiajának nehézségi fokával kapcsolatban

	Terápia nehézsége
N – Valid	269
NV	8
1. Nagyon könnyű	1,5 %
2. Könnyű	2,2 %
3. Közepesen nehéz	6,7 %
4. Nehéz	27,5 %
5. Nagyon nehéz	62,1 %
Átlag	<b>4,464</b>
Std.deviáció (szórás)	0,835

Kiemelt kérdésként kezeltük, hogy a házi orvosok a felmérést megelőző két évben részt vettek-e valamilyen demenciával kapcsolatos képzésen, oktatáson. Erre a kérdésre történő válaszadás beválasztási kritériumként szerepel ebben a részvizsgálatban, így ezt a kérdést ebben a részvizsgálatban is felhasználtuk. A beválasztási kritériumoknak megfelelő házi orvosok között a megoszlás a következőképpen alakult. A válaszadó házi orvosok közül 225 fő (81,2%) nem volt demenciával kapcsolatos képzésen, ezzel szemben csak 52 fő (18,8%) nyilatkozott úgy, hogy részt vett ilyen témájú képzési programon (33. ábra).



**33. ábra:** A vizsgálatba beválasztott házi orvosok részvételi aránya demenciával kapcsolatos képzéseken (n = 277 fő)

A fenti adatok további elemzésével azt tapasztaltuk, hogy azok a házi orvosok, akik részt vettek demenciával kapcsolatos képzésen, nagyobb hajlandóságot, aktivitást mutattak a kognitív tesztek felvételével kapcsolatban, amennyiben kognitív funkció romlásra gyanús beteggel találkoztak (68,8%). Míg azok az orvosok, akik nem voltak ilyen jellegű képzésen, kevésbé voltak motiváltak a kognitív funkciók tesztelésére hasonló helyzetben (47,3%) A két csoport közötti különbség szignifikánsnak bizonyult (5. táblázat).

**5. táblázat:** Összefüggés a házi orvosok képzésen való részvétele és a kognitív tünetek tesztelésében kifejtett aktivitása között

		Oktatás		ÖSSZES
		IGEN	NEM	
<b>Tesztelési hajlandóság</b>	IGEN	<b>33</b> (68,8%)	<b>105</b> (47,3%)	<b>138</b> (51,1%)
	NEM	<b>15</b> (31,3%)	<b>117</b> (52,7%)	<b>132</b> (48,9%)
	Összes	<b>48</b> (100,0%)	<b>222</b> (100,0%)	<b>270</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.010$ )

A válaszadó házi orvosok részéről a leggyakrabban tapasztalt érzések a demenciával élő betegek kapcsán a sajnálat és a tehetetlenség érzések voltak. A sajnálat, mint érzés minőség és az oktatáson történő részvétel közötti összefüggés nem bizonyult szignifikánsnak (ANOVA teszt,  $df = 1$ ,  $F = 1,620$ ,  $p = 0,303$ ). A sajnálat – mint általános emberi érzés - volt a legerősebb, függetlenül attól, hogy voltak-e demenciával kapcsolatos képzésen vagy sem. A második legdominánsabb érzet, a tehetetlenség érzés esetén viszont azt tapasztaltuk, hogy ez összefüggést mutat a képzésen való részvétellel, miszerint erősebben jelentkezett azoknál, akik nem voltak ilyen irányú képzésen (3,38), szemben azokkal, akik voltak (2,87) (6. táblázat).

**6. táblázat:** Összefüggés a képzésen való részvétel és a tehetetlenség érzés megjelenése között

<b>Tehetetlenség</b>	Átlag	N	Std. Deviáció
Volt képzésen	2,87	52	1,299
Nem volt képzésen	3,38	225	1,269
Összes	3,28	277	1,288

(ANOVA Teszt,  $df = 1$ ,  $F = 6,823$ ,  $p = 0,009$ )

### 2.2.5. Összefoglalás

A vizsgálat eredményei alapján a következő megállapítások tehetők:

1. A magyar házi orvosok megközelítőleg fele végez csak kognitív tesztelésre irányuló vizsgálatot abban az esetben, ha olyan beteget észlel, ahol felmerül a kognitív károsodás gyanúja.
2. A vizsgálat elmaradásának legfőbb oka az időhiány és a specifikus tudás hiánya voltak.
3. A demenciával élő, illetve Alzheimer kóros betegek terápiáját, ellátását nehéz feladatnak érzik.
4. A kifejezett tehetetlenség érzés és sajnálat azok a meghatározó érzelmi faktorok, melyek alakítják a magyar házi orvosok demencia ellátással kapcsolatos attitűdjét.
5. A házi orvosok több, mint 80 %-a nem vett részt demenciaspecifikus képzésen a felmérést megelőző két évben.
6. Összefüggés mutatkozott az oktatás és az aktivitás, attitűd vonatkozásában. A képzésen részt vett házi orvosok nagyobb arányban mutattak tesztelési aktivitást és kevésbé volt rájuk jellemző a tehetetlenség érzés.

### 2.2.6. Megbeszélés

Ebben a vizsgálatunkban is megerősítést nyert, hogy a magyar házi orvosok demencia vizsgálatok végzésére irányuló aktivitása elmarad a világ fejlettebb demencia ellátást biztosító országaiban tapasztaltakhoz képest. Egy észak-amerikai tanulmány szerint az USA-ban a házi orvosok 93%-a végez valamilyen kognitív vizsgálatot az idős betegek körében diagnosztikus céllal, és 91%-uk aktívan részt vesz a demenciával élő betegek gondozásában [103]. Egy ausztrál tanulmány hasonló adatokról számol be, miszerint a házi orvosok nagy része végez valamilyen standardizált szűrő tesztet (pl. MMSE teszt) azoknál a betegeiknél, akiknél felmerül a kognitív károsodás gyanúja [86]. Ezzel szemben az európai vizsgálatok a miénkhez hasonló eredményeket mutatnak. Egy angol tanulmány szerint a házi orvosok kétharmada nem végez diagnosztikus tesztelést panasz esetén. Ennek hátterében az szerepelhet, hogy 71%-uk úgy érzi, nem kapott megfelelő képzést a demencia ellátással kapcsolatban [104]. A magyar házi orvosok véleménye szerint az elmaradó tesztelésnek az egyik legfőbb oka az idő hiánya. Vizsgálatunk megmutatja, hogy a hazai alapellátásban az orvos-beteg találkozások aránya igen magas. A megkérdezett házi orvosok esetén a legtöbb esetben 40-60 fő közötti vagy 60 fő feletti a napi átlagos betegforgalom, mely sok esetben igen rövid időtartamú konzultációt eredményez. Egy 67 ország adatait összehasonlító tanulmány szerint

Magyarországon az orvos-beteg találkozások átlagos ideje az alapellátásban 6 perc, mely a leggyengébb kategóriába sorolható [105]. Ez a jelenség sok más ország alapellátásában is észlelhető és megjelenik mint fő akadályozó tényező a demenciával kapcsolatos diagnosztikus folyamatban [14, 20, 51]. Jelen vizsgálatunkban, körülbelül minden tizedik házi orvos jelezte, hogy a diagnosztikus tesztekkel kapcsolatos tudás, tapasztalat hiánya is szerepet játszik a tesztelés elmaradásában. Ez az eredmény szintén hasonló más országok tapasztalataihoz képest [19, 21, 81, 106, 107]. Két olasz tanulmányban meg is fogalmazzák, hogy ez a tudás hiány összefüggésben áll a demenciaspecifikus képzések hiányával [81, 106]. Egy ír tanulmány, a hazaihoz hasonlóan, megállapítja, hogy a házi orvosok nagy része (90%) nem részesül a demencia menedzselését oktató, segítő képzésben [107].

A helyzet hazánkban is hasonlóan alakult. Vizsgálatunk évében és az azt megelőző időszakban Magyarországon sem graduális, sem posztgraduális szinten nem volt kötelező jellegű, illetve széles körben hozzáférhető demenciával kapcsolatos oktatás házi orvosok részére. Graduális szinten a családorvosi intézetek képzési anyagaiban nem szerepelt ez a téma, a hallgatók a neuropszichológia, pszichiátria illetve neurológiai képzés keretében részesülnek demenciával kapcsolatos oktatásban. Posztgraduális szinten minden házi orvos részére 5 évente kötelező egy 3 napos szintentartó tanfolyamon részt venni, mely továbbképzés anyagában 2014-ig egyik képzőhelyen sem szerepelt demenciával kapcsolatos témakör, illetve nem volt elérhető más demenciaspecifikus képzés sem ([www.oftex.hu](http://www.oftex.hu)). Az érdeklődő házi orvosok alkalmasszerűen, egy-egy szponzorált szimpózium keretében hallhattak naprakész információkat a demenciákkal kapcsolatban.

A demenciával kapcsolatos oktatás pozitív hatása a házi orvosok szerepvállalására, tudásszintjére és aktivitására a demencia ellátás területén számos külföldi tanulmányban megerősítést nyert [84, 87, 89].

A demenciával kapcsolatos képzések jelentőségét aláhúzza vizsgálatunk azon eredménye, mely szerint azok a házi orvosok, akik részesültek demenciával kapcsolatos oktatásban, azok nagyobb aktivitást mutattak a diagnosztikus tesztek elvégzésében (68,8%), mint azok, akik nem részesültek semmilyen képzésben (47,3%). Ezt az összefüggést alátámasztja egy angliai vizsgálat is, ahol azt találták, hogy a demencia oktatásban részesülő házi orvosok nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a korai diagnózis felállításának és aktívabbak annak kivitelezésében [104].

Hasonlóan szignifikáns összefüggést tapasztalunk az oktatáson történő részvétel és a házi orvosok demenciával élő betegekkel kapcsolatos tehetetlenség érzésének a megjelenése között. Eszerint azok a házi orvosok, akik nem részesültek demenciával kapcsolatos oktatásban nagyobb arányban jelezték a tehetetlenség érzés megjelenését. Ez a szemlélet

megakadályozza, hogy aktív, támogató szerepet játszanak a diagnosztikus és gondozási folyamatban. Az „úgy sem tudok mit tenni” érzés csökkenti az orvos magabiztosságát és visszafogja aktivitását. Ezzel szemben azok a háziorvosok, akik részesültek valamilyen demenciaspecifikus képzésben a felmérést megelőző két évben, kevésbé érezték ezt a tehetetlenséget, és aktívabb szerepet vállaltak demenciával élő betegek menedzselésében.

Ezek az eredmények alátámasztják a képzések fejlesztésének, kiterjesztésének fontosságát a magyar háziorvosok körében. A demencia specifikus képzések bevezetése az első lépés abba az irányba, hogy megváltozzon a magyar háziorvosok szemlélete és nézőpontja a demencia ellátásban vállalt szerepükkel kapcsolatban és ezáltal aktívabb szerepet vállaljanak a demenciával élő betegek és családjaik menedzselésében.



### **2.3. Második kutatás (2019) / Első részvizsgálat**

#### **A házi orvosok attitűdjének változása a demencia diagnosztikájával, szűrésével, gondozásával kapcsolatban a 2014-2019 közötti időszakban**

##### **2.3.1. Célkitűzés**

Hazánkban 2015-től kezdődően számos elkötelezett szakember, civil-, társadalmi- és állami kezdeményezés hatására fejlődésnek indult a demencia ellátást segítő-támogató lehetőségek tárháza. A demencia társadalmi ismertségét fokozó, az ellátást megismerő és fejlesztő projektek indultak, megszorodtak a szociális és egészségügyi szakemberek részére elérhető képzési lehetőségek, valamint egyik legnagyobb vívmányként kiépült az Alzheimer Cafék országos hálózata. Megalakult a Magyar Demencia Társaság és munkacsoport jött létre a Nemzeti Demencia Stratégia kidolgozására.

Ezek a kezdeményezések a házi orvosok részére is szélesebb palettát nyújtanak a demenciával élők ellátásához és ismereteik bővítéséhez.

Korábbi vizsgálataink azt mutatták, hogy a demenciával kapcsolatos képzési lehetőségek a házi orvosok szűk rétegéhez jutottak csak el, összefüggés mutatkozott a képzéseken történő részvétel és a demencia ellátásban mutatott aktivitás és attitűd között.

Jelen kutatásunkkal a folyamatban lévő pozitív kezdeményezések házi orvosi szinten megjelenő hatásait kívántuk felmérni az oktatáson történő részvétel, a demencia ellátásban vállalt aktivitás és a házi orvosi attitűd vonatkozásában a következő kérdések megfogalmazásával:

1. Változott-e a demenciával kapcsolatos képzések elérhetősége, illetve a részvételi arány a házi orvosok részéről?
2. Milyen a magyarországi házi orvosok napi rutinja 2019-ben a demencia felismeréssel, diagnosztikával kapcsolatos tesztek tekintetében? .
3. Észlelhető-e változás a házi orvosok demencia szűréssel kapcsolatos attitűdjének vonatkozásában?
4. Milyen a demencia ellátást segítő-támogató lehetőségek ismertsége a házi orvosok körében?

##### **2.3.2. Módszer**

A vizsgálat célkitűzéseinek tisztázására önkitöltős kérdőívet szerkesztettünk házi orvosok részére, melyben felhasználtuk a 2014-es első kutatásunk bizonyos kérdéseit, valamint kiegészítettük a célkitűzéseink tisztázására irányuló kérdésekkel. A kérdőíveket 2019 évben a

PTE ÁOK Alapellátási Intézet által a házi orvosok részére szervezett kötelező, szintentartó továbbképzések keretében minden megjelent családorvosnak kiosztottuk. A kérdőív kitöltése részükről anonym és önkéntes volt. A pécsi egyetem Alapellátási Intézete által meghirdetett szinten-tartó továbbképzésekre az ország egész területéről érkeznek házi orvosok. A kérdések a PTE-KK Regionális és Intézményi Kutatás-Etikai Bizottsága jóváhagyásával kerültek felhasználásra (8083-PTE 2019.).

A kérdőívben négy kérdés szerepel a demográfiai adatok felvételére (a válaszadó neme, életkora, praxisának helye és az átlagos napi betegforgalom). A demencia képzéseken történő részvételi arány felmérésére egy egyszerű választásos kérdést használtunk. A kognitív funkciók vizsgálatára irányuló napi rutinjukkal kapcsolatosan két egyszerű választásos és két többszörös választásos kérdés szerepel. A szűréssel, teszteléssel kapcsolatos attitűd felmérésére három darab 5 pontos Likert-skálás kérdést alkalmaztunk a vizsgálatban. A demencia ellátást segítő-támogató lehetőségek ismertségét egy többszörös választásos kérdéssel vizsgáltuk. (*II. számú Melléklet – piros színnel jelölt kérdések*).

### **2.3.3. Statisztikai elemzés**

A beérkezett válaszokat IBM SPSS Statistics for Windows 24.0 programmal dolgoztuk fel. A kérdésekről deskriptív statisztikai elemzés készült. A házi orvosi szerepvállalás és a szűrési attitűd vonatkozásában összehasonlítottuk a válaszokat a 2014-es első kutatásunk megfelelő adataival. Az összevethetőség érdekében gyakoriságokat és százalékos megoszlásokat számítottunk és hasonlítottunk össze.

Az oktatás, képzések fontosságának alátámasztására, valamint a 2014-es és 2019-es vizsgálatok azonos kérdéseire kapott válaszok változásainak az összehasonlítására keresztábra elemzéseket készítettünk. Az összefüggések szintjének vizsgálata elemszámtól függően Chi-négyzet próbával vagy Fisher-egzakt teszttel történt. A szignifikancia szintet  $p \leq 0.05$  értékben állapítottuk meg, a  $p$  értéket minden esetben pontosan megadjuk.

### **2.3.4. Eredmények**

#### **2.3.4.1. Demográfiai adatok**

A továbbképzéseken részt vevő házi orvosok közül 247 fő töltötte ki és juttatta vissza hozzánk a kérdőívet. A demográfiai adatok tekintetében a következő megoszlásokat találtuk:

A válaszadó házi orvosok kicsit több, mint fele nő volt, közel negyven százalék került ki a férfiak közül. Korelosztlás tekintetében jellemzően az idősebb korosztály dominál, a válaszadók három-negyede a 45 év feletti korosztályba tartozik. Településtípus tekintetében

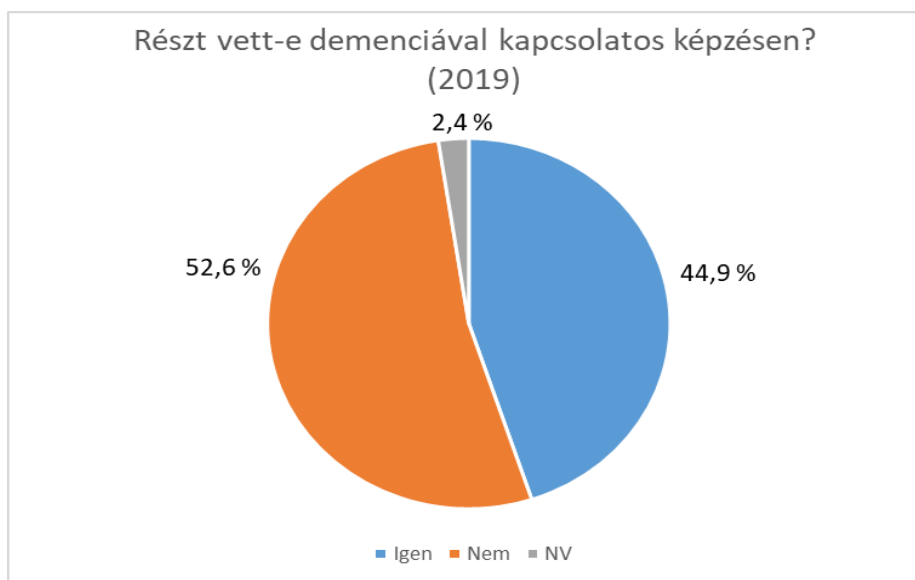
megközelítőleg egyharmados arányban jelenik meg a fővárosban/megyeszékhelyen, városban és faluban dolgozó családorvosok száma (7. táblázat).

**7. táblázat:** A második számú kutatásban résztvevő házi orvosok demográfiai adatai

DEMOGRÁFIAI ADATOK	Házi orvosok <b>n</b> (%) (n = 247 fő)
<b>Praxis elhelyezkedése</b>	
Főváros	<b>18</b> (7,3)
Megyeszékhely	<b>63</b> (25,5)
Város	<b>71</b> (28,7)
Falu	<b>74</b> (30,0)
Hiányzó válasz	<b>21</b> (8,5)
<b>Házi orvosok életkora (év)</b>	
25-35	<b>13</b> (5,3)
36-45	<b>27</b> (10,9)
46-55	<b>67</b> (27,1)
56-65	<b>91</b> (36,8)
66<	<b>34</b> (13,8)
Hiányzó válasz	<b>15</b> (6,1)
<b>Nemek megoszlása</b>	
Férfi	<b>97</b> (39,3)
Nő	<b>135</b> (54,7)
Hiányzó válasz	<b>15</b> (6,1)
<b>Mekkora az átlagos napi betegforgalma?</b>	
<30	<b>3</b> (1,2)
30-40	<b>38</b> (15,4)
40-50	<b>50</b> (20,2)
50-60	<b>61</b> (24,7)
60<	<b>69</b> (27,9)
Hiányzó válasz	<b>26</b> (10,5)

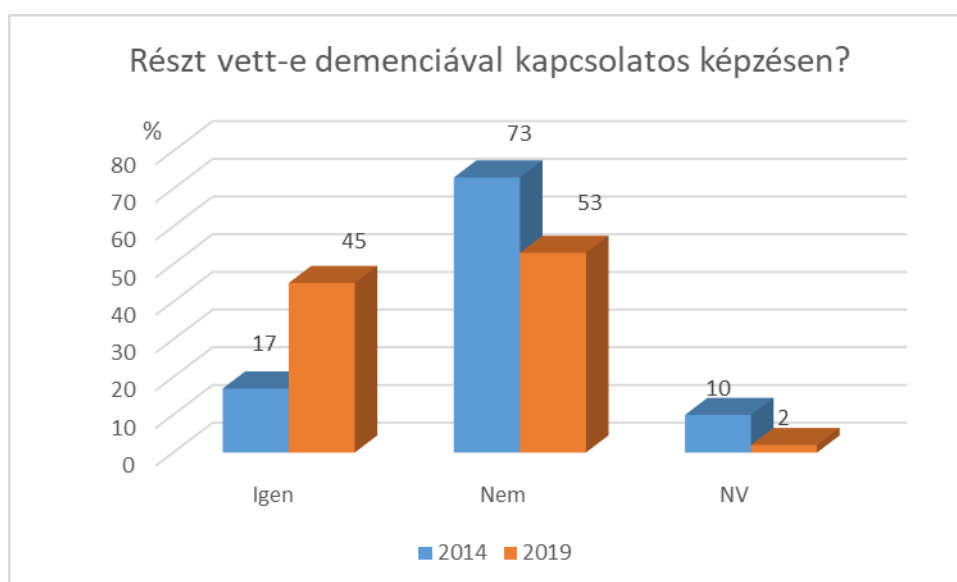
### 2.3.4.2. A házi orvosok részvételi arányának változása a demenciával kapcsolatos képzéseken

Korábbi vizsgálataink tükrében meghatározó kérdésnek tekintettük a demenciával kapcsolatos továbbképzéseken történő részvétel arányát. 2019-ben a megkérdezettek 44,9%-a nyilatkozott úgy, hogy részt vett ilyen jellegű képzésen, ezzel szemben 52,6% nem vett részt (34. ábra).



**34. ábra:** A házi orvosok részvételi aránya demenciával kapcsolatos képzéseken a 2019-et megelőző két évben (n = 247 fő)

Összevetettük a házi orvosok válaszát az első és második kutatásunk alapján.



**35. ábra:** Házi orvosok részvételi arányának összehasonlítása a demenciával kapcsolatos képzéseken (2014-ben n = 402 fő, 2019-ben n = 247 fő)

Öt év alatt több, mint kétszeresére nőtt azoknak a házi orvosoknak az aránya, akik részt vettek valamilyen demencia témával kapcsolatos képzésen. Viszont még 2019-ben is jelentős azoknak a száma, akik a vizsgálatot megelőző két évben nem vettek részt demencia témával kapcsolatos képzésen, előadáson. A megkérdezett házi orvosok több, mint a fele nyilatkozott így (35. ábra). A részvételi arányok tekintetében észlelhető pozitív irányú tendencia jelentős, mely eredményt statisztikai vizsgálatunk is megerősíti (8. táblázat). A demenciával kapcsolatos képzéseken résztvevő házi orvosok számának növekedése szignifikáns mértékű, mely változás az elérhető képzések szélesebb körű megjelenésével, hozzáféréssel is magyarázható.

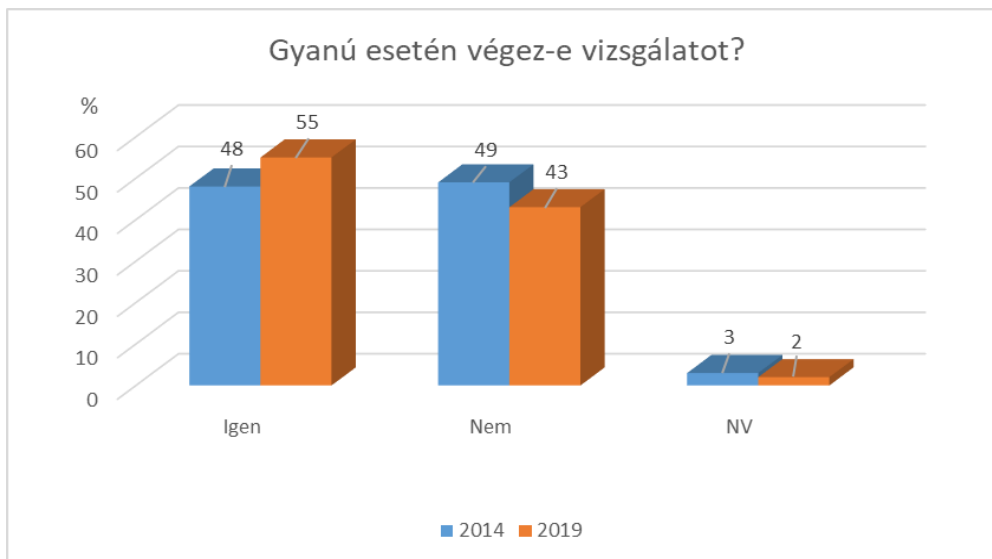
**8. táblázat:** A házi orvosok demenciával kapcsolatos képzéseken történő részvételének összehasonlítása a 2014-es és 2019-es vizsgálataink alapján

		Vizsgálat éve		ÖSSZES
		2014	2019	
<b>Oktatáson részvétel</b>	IGEN	<b>70</b> (17,4%)	<b>111</b> (44,9%)	<b>181</b> (27,9%)
	NEM	<b>294</b> (73,1%)	<b>130</b> (52,6%)	<b>424</b> (65,3%)
	NV	<b>38</b> (9,5%)	<b>6</b> (2,4%)	<b>44</b> (6,8%)
	Összes	<b>402</b> (100,0%)	<b>247</b> (100,0%)	<b>649</b> (100,0%)

(Chi-négyzet teszt 62,543, df = 2, p = 0.001)

#### 2.3.4.3. A házi orvosok tesztelési gyakorlatának változása

A kognitív tesztelési szokások tekintetében 2019-ben a következő eredményeket találtuk: Panasz, illetve a kognitív funkció romlás gyanújának felmerülése esetén a vizsgálatban résztvevő házi orvosok 55,1%-a végez valamilyen kognitív tesztelést, míg 43,3%-uk úgy nyilatkozott, hogy nem végez speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére. A vizsgálatban résztvevők 1,6%-a nem adott választ. Ennél a kérdésnél is rendelkezésünkre állnak 2014-es adatok, így összehasonlítva láthatjuk az eredményeket a 36. ábrán. Keresztábra elemzéssel statisztikailag összehasonlítva az eredményeket, a tesztelési aktivitás változása nem bizonyult szignifikánsnak. Chi-négyzet teszt 3,991, df = 2, p = 0,136. Tehát a házi orvosok napi gyakorlatában még nem következett be jelentős változás.



**36. ábra:** Demencia gyanúja esetén tesztelést végző házi orvosok aránya (2014-ben n = 402 fő, 2019-ben n = 247 fő)

Az oktatás fontosságát a házi orvosok aktivitásának elősegítésében a második vizsgálatunk adatai is megerősítették. A demenciával kapcsolatos képzéseken, oktatáson történő részvétel 2019-es vizsgálatunkban is összefüggést mutatott a házi orvosok tesztelési hajlandóságával, különösen amikor felmerült panasz, jelzés alapján a demencia gyanúja. A képzésen részt vevők között magasabb arányban fordultak elő, azok a házi orvosok akik végeztek tesztelést gyanú esetén (67,0%), mint azok között, akik nem vettek részt semmilyen demenciával kapcsolatos képzésen (46,5%). A különbség szignifikánsnak bizonyult (9. táblázat).

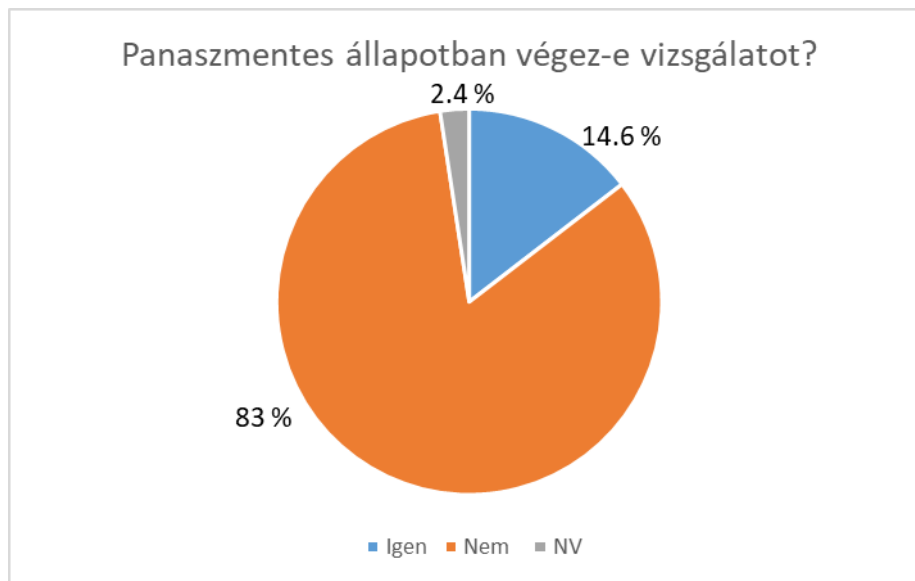
**9. táblázat:** A demencia oktatáson történő részvétel és a tesztelési hajlandóság összefüggése 2019-ben

		Oktatáson részvétel		ÖSSZES	
		IGEN	NEM		
<b>Tesztelés esetén</b>	<b>gyanú</b>	IGEN	<b>73</b> (67,0%)	<b>60</b> (46,5%)	<b>133</b> (55,9%)
		NEM	<b>36</b> (33,0%)	<b>69</b> (53,5%)	<b>105</b> (44,1%)
		Összes	<b>109</b> (100,0%)	<b>129</b> (100,0%)	<b>238</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt, p = 0.002)

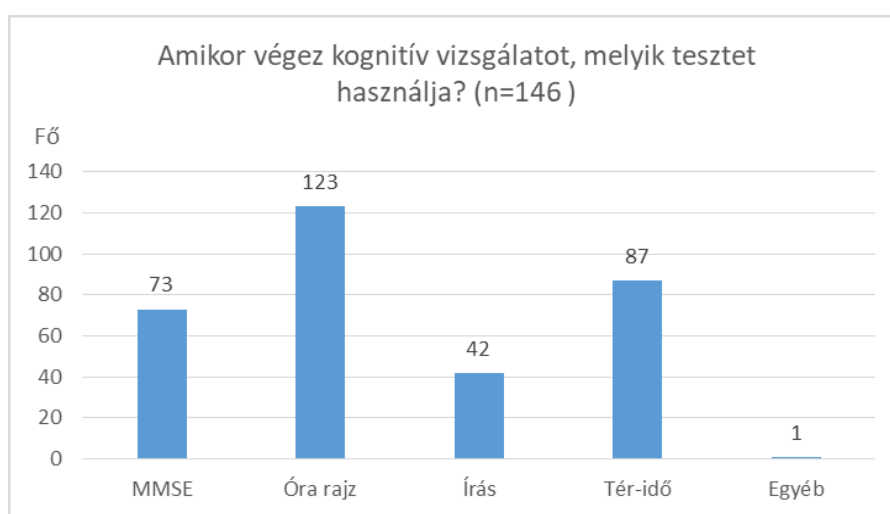
2019-es vizsgálatunkban külön kérdéssel vizsgáltuk, hogy szűrő jelleggel végeznek-e tesztelést a házi orvosok. Panaszmentes állapotban, bizonyos életkor felett a házi orvosok

mindössze 14,6%-a szokott kognitív funkció tesztelésére irányuló vizsgálatot végezni. Ebben a helyzetben 83,0%-uk nem végez ilyen jellegű vizsgálatokat (37. ábra).



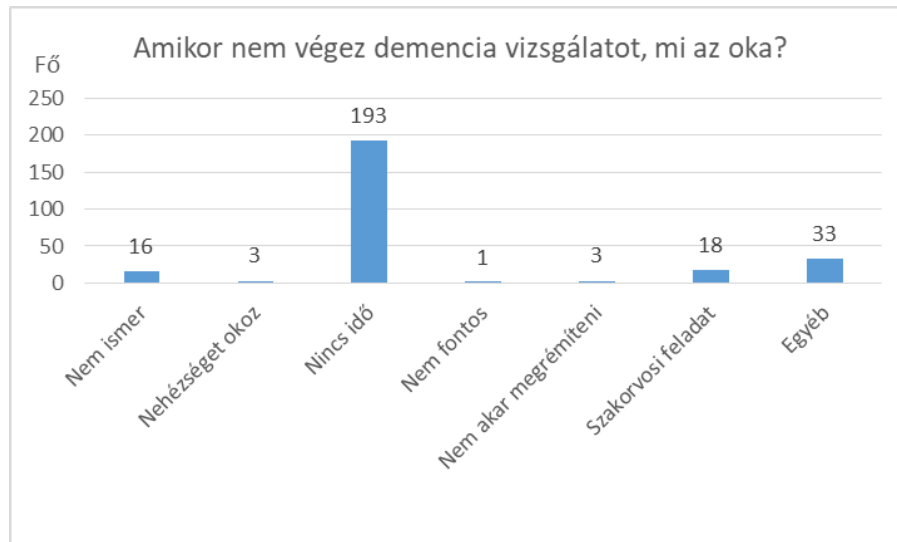
**37. ábra:** Panasz mentes állapotban, szűrő jelleggel tesztelést végző házi orvosok aránya (n = 247 fő)

Megvizsgáltuk a résztvevők közül azokat, akik végeznek (akár gyanú esetén, akár szűrő jelleggel) kognitív funkció tesztelésére irányuló vizsgálatot (146 fő), melyik tesztelési módszert alkalmazzák a mindennapi munkájuk során? Legmagasabb arányban az óra-rajzolás tesztet használják (84,2%), ezt követi a tér-idő orientációs kérdések (59,5%) és az MMSE teszt (50%) alkalmazása (38. ábra). Ezek az eredmények gyakorlatilag megegyeznek a 2014-ben kapott válaszokkal.



**38. ábra:** A házi orvosok által alkalmazott tesztek a kognitív funkciók vizsgálatára (n = 146 fő)

Abban az esetben, amikor nem végeznek demencia vizsgálatot a háziorvosok, jelen vizsgálatunk is az időhiányt jelölték meg legmagasabb arányban az elmaradás indokaként. A vizsgálatban résztvevő háziorvosok 78,1%-a vélekedett így (39. ábra).



**39. ábra:** A kognitív funkciók vizsgálatára irányuló tesztelés elmaradásának az okai a háziorvosok szerint (n = 247 fő)

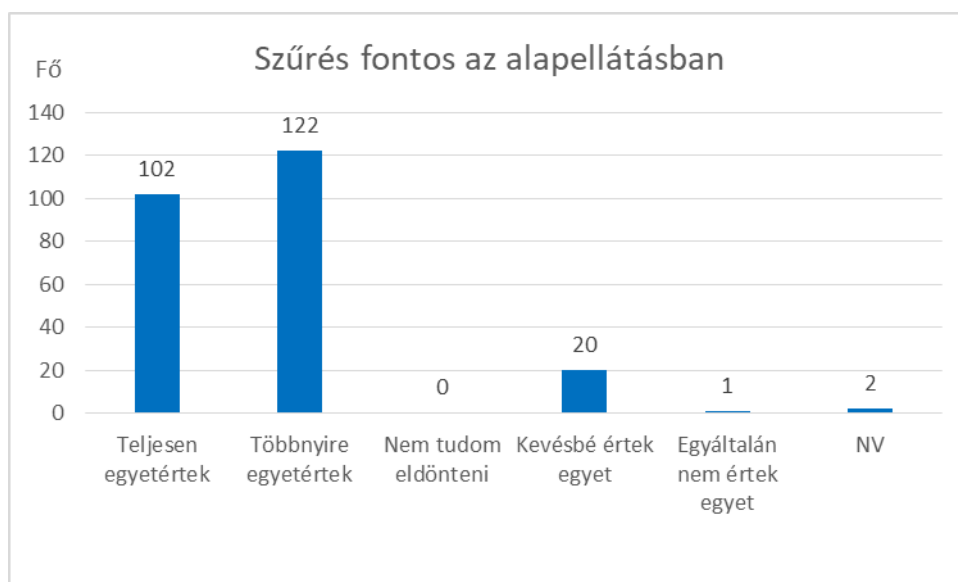


#### 2.3.4.4. A demencia szűrésével kapcsolatos attitűd változása

Jelen vizsgálatunkban fontosnak tartottuk a korábbi vizsgálatainkban központi szerepet játszó szűréssel-diagnosztikával kapcsolatos attitűd meghatározására irányuló kérdéscsoport megismétlését. Ennek célja az volt, hogy az elmúlt évek demenciával kapcsolatos szemléletváltása megjelenik-e a házi orvosok vonatkozásában.

A demencia diagnosztikájával, szűrésével kapcsolatos házi orvosi attitűdöt három, öt-pontos Likert-skálás kérdéssel vizsgáltuk. Kíváncsiak voltunk a házi orvosok véleményére a diagnosztika-szűrés fontosságával, eredményességével és kötelezettségével kapcsolatban.

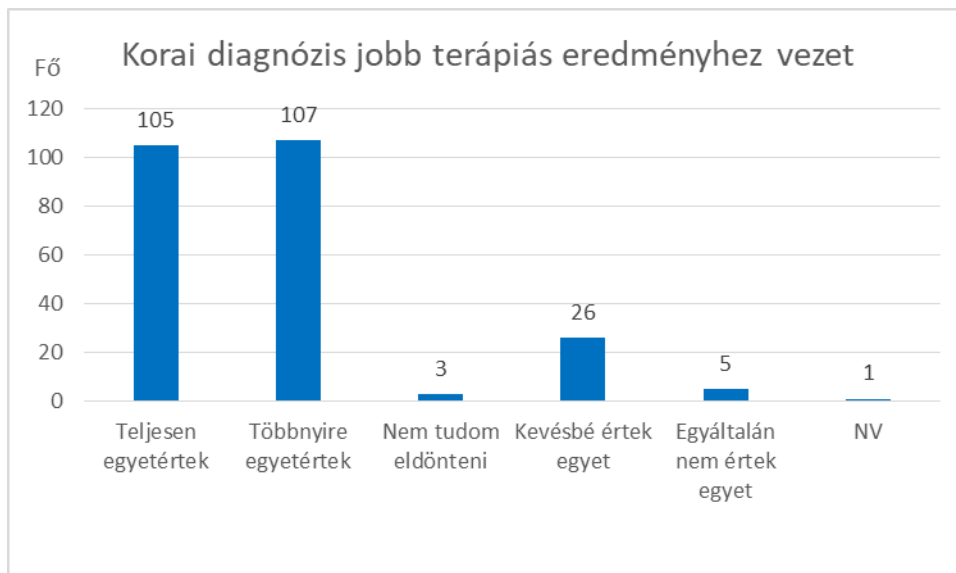
Első kérdésünk ebben a csoportban arra irányult, hogy fontosnak tartják-e a házi orvosok a demencia tüneteire irányuló szűrések elvégzését (40. ábra)?



**40. ábra:** A házi orvosok egyetértésének mértéke a demencia szűrések fontosságát illetően (n = 247 fő)

A házi orvosok 90,7%-a úgy gondolja, hogy kognitív funkciók szűrése és vizsgálata fontos feladat az alapellátásban. Ezzel szemben 8 %-uk érzi azt, hogy ez kevésbé fontos feladat egy családorvos részéről.

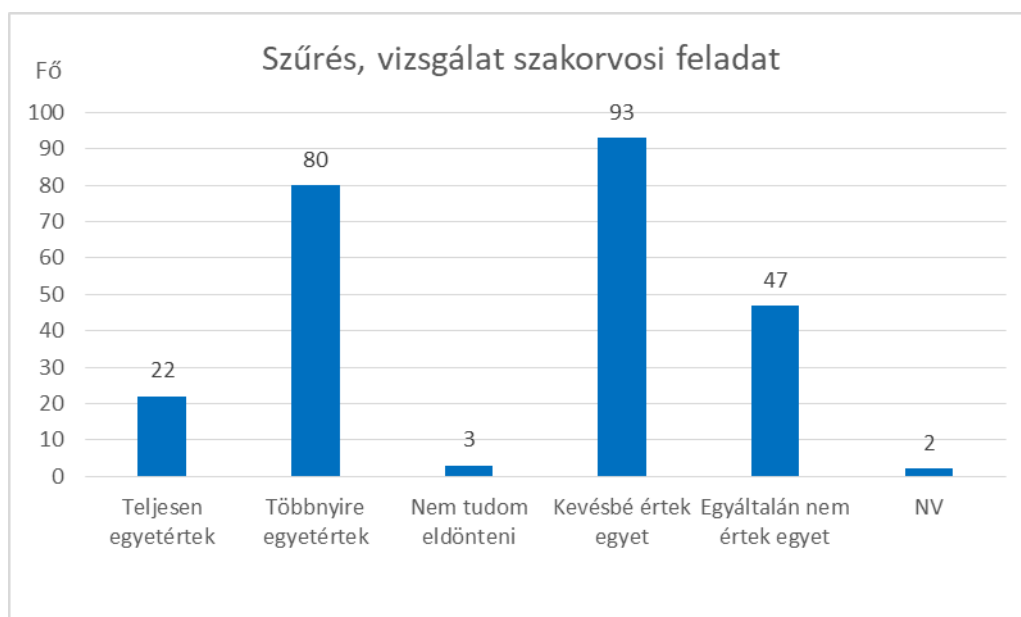
A következő kérdés a házi orvosok azon nézőpontjára irányult, hogy a korai diagnózis felállítás véleményük szerint jobb terápiás eredményhez, lehetőségekhez vezet-e (41. ábra)?



**41. ábra:** A háziorvosok egyetértésének mértéke a korai diagnózis eredményességét illetően (n = 247 fő)

A háziorvosok 85,8%-a úgy vélekedik, hogy a demenciák korai szűrése jobb terápiás eredményhez vezet. Ezzel szemben 12,5%-uk véli úgy, hogy ezzel nem érünk el jobb terápiás eredményt, jobb életminőséget.

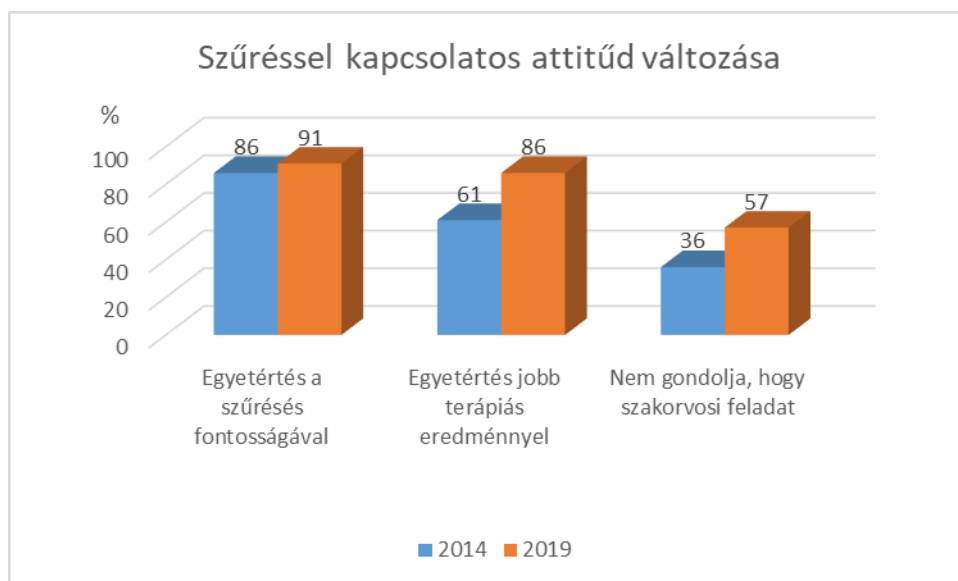
Abban a tekintetben, hogy kinek a feladata inkább a kognitív funkciók szűrése, ezt mennyiben gondolják szakorvosi feladatnak ismételten megoszlik a háziorvosok véleménye (42. ábra).



**42. ábra:** A háziorvosok véleményének megoszlása arról, hogy a demencia szűrés szakorvosi feladat-e? (n = 247 fő)

A házi orvosok több, mint fele (56,7%-a) nem, vagy kevésbé ért egyet azzal, hogy a szűrés és diagnosztika elsősorban szakorvosi feladat lenne. Viszont közel ugyanennyien (41,3%) érzik úgy, hogy a kognitív funkciók vizsgálata elsősorban szakorvosi feladat. Az eredmények azt mutatják, hogy sokan bizonytalanok saját szerepvállalásuk tekintetében ezen a területen.

A szűrési attitűdre vonatkozó értékeket összehasonlítottuk a 2014-es felmérésünk azonos kérdésekre kapott eredményeivel. A 2014 és 2019 között eltelt ötéves időszakban megemelkedett a demenciával kapcsolatos képzéseken, oktatásokon részt vevő családorvosok aránya közel 30%-al (35. ábra). Ezzel párhuzamosan pozitív irányú tendencia figyelhető meg a szűrés fontosságával és a házi orvosok saját szerepvállalásával kapcsolatos attitűd tekintetében is. Az alapellátásban kivitelezhető demencia szűrés fontosságát már 2014-ben is magasnak ítélték (86,3%), így ez az érték csak kismértékű emelkedést mutatott, 90,7%-ra nőtt. A különbség nem bizonyult szignifikánsnak, de közel állt hozzá (Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.107$ ). Nagyobb mértékű változást észlelhetünk abban a tekintetben, hogy a szűrés és ezáltal a korai diagnózis jobb terápiás eredményhez vezethet. A válaszadók között 61,4%-ról 85,8%-ra emelkedett az egyetértés ezzel az állítással. Továbbá jelentős szemléletváltozás következett be a szűréssel kapcsolatos házi orvosi szerepvállalás tekintetében. 2014-ben a házi orvosok mindössze 35,8%-a nem értett egyet azzal az állítással, hogy a szűrés elsősorban szakorvosi feladat lenne, ez az arány 2019-ben már 56,7%-ra emelkedett (43. ábra). Az utóbbi két kérdésre adott válaszokban bekövetkezett változás szignifikáns mértékűnek bizonyult (10. és 11. számú táblázat).



**43. ábra:** A szűréssel kapcsolatos házi orvosi attitűd változása (2014-ben  $n = 402$  fő, 2019-ben  $n = 247$  fő)

**10. táblázat:** A házi orvosok egyetértésének mértékében bekövetkező változás, abban a tekintetben, hogy demencia szűrése jobb terápiás eredményhez vezet

		Vizsgálat éve		ÖSSZES
		2014	2019	
<b>A szűrés jobb terápiás eredményhez vezet</b>	Nem ért egyet	<b>155</b> (38,6%)	<b>35</b> (14,2%)	<b>190</b> (29,3%)
	Egyetért	<b>247</b> (61,4%)	<b>212</b> (85,8%)	<b>459</b> (70,7%)
	Összes	<b>402</b> (100,0%)	<b>247</b> (100,0%)	<b>649</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.001$ )

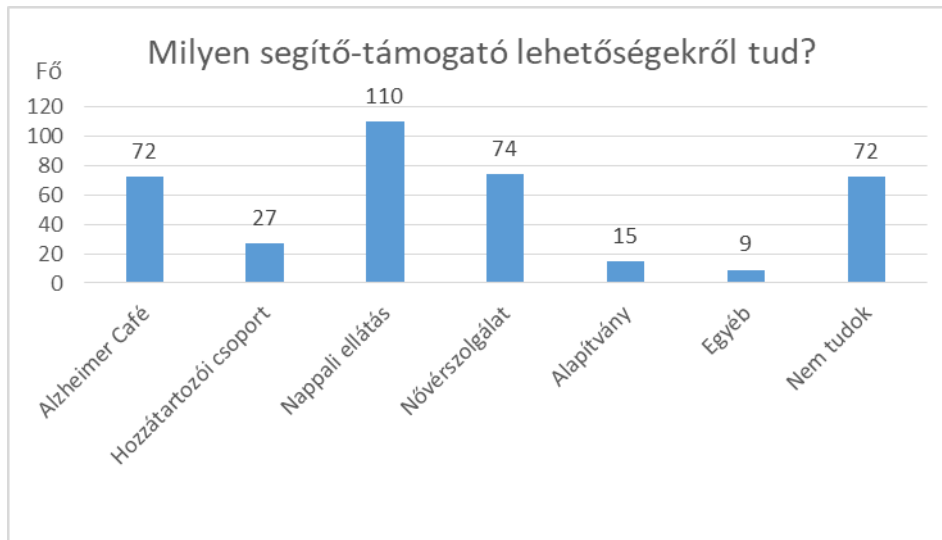
**11. táblázat:** A házi orvosok egyetértésének mértékében bekövetkező változás, abban a tekintetben, hogy szakorvosi feladatnak gondolják-e a szűrést

		Vizsgálat éve		ÖSSZES
		2014	2019	
<b>Szakorvosi feladat a szűrés</b>	Nem ért egyet	<b>144</b> (35,8%)	<b>140</b> (56,7%)	<b>284</b> (43,8%)
	Egyetért	<b>258</b> (64,2%)	<b>107</b> (43,3%)	<b>365</b> (56,2%)
	Összes	<b>402</b> (100,0%)	<b>247</b> (100,0%)	<b>649</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.001$ )

### 2.3.4.5. A demencia ellátást segítő-támogató szolgáltatások ismertsége

Az elmúlt 5 évben elindult hazánkban is a demencia ellátást segítő-támogató szolgáltatások fejlesztése, fejlődése. Az ilyen jellegű szolgáltatások fontos támpontot jelenthetnek a háziiorvosi praxisoknak is. Ezért megkérdeztük a háziiorvosokat a demencia ellátással kapcsolatos szolgáltatások ismertségéről (44. ábra).



**44. ábra:** A háziiorvosok által ismert demencia ellátást segítő-támogató lehetőségek (n = 247 fő)

A megkérdezett családorvosok közel fele (44,5%) ismer munkakörnyezetében demencia ellátást is nyújtó nappali ellátást. Egyharmad arányban jelölték meg igénybe vehető nővérszolgálat, illetve az Alzheimer Cafék ismertségét. Közel hasonló arányban (29,1%) nyilatkoztak úgy, hogy semmilyen demencia ellátást segítő szolgáltatást nem ismernek.

Megvizsgáltuk az egyik segítő lehetőség, az Alzheimer Café és az oktatáson való részvétel összefüggését, azt feltételezve, hogy akik demencia ellátással kapcsolatos képzéseken vesznek részt szélesebb körűen ismerik ezt a támogatási lehetőséget.

Statisztikai analízisünk szignifikáns módon igazolta a fenti feltételezést. Akik részt vettek demenciaspecifikus képzésen, azok közül 38,7% ismerte az Alzheimer Café lehetőséget, míg azok között akik nem voltak képzésen csak 21,5%-os volt ez az arány (12. táblázat).

**12. táblázat:** Összefüggés az Alzheimer Cafék ismertsége és a demencia oktatáson történő részvétel között

		Oktatás		ÖSSZES
		IGEN	NEM	
<b>Alzheimer Café ismertsége</b>	IGEN	<b>43</b> (38,7 %)	<b>28</b> (21,5 %)	<b>71</b> (29,5 %)
	NEM	<b>68</b> (61,3 %)	<b>102</b> (78,5 %)	<b>170</b> (70,5 %)
	Összes	<b>111</b> (100,0 %)	<b>130</b> (100,0 %)	<b>241</b> (100,0 %)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.004$ )

### 2.3.5. Összefoglalás

A vizsgálat eredményei alapján a következő megállapítások tehetőek:

1. Második számú kutatásunk évében (2019.) a megkérdezett háziorvosok közel fele úgy nyilatkozott, hogy részt vett a vizsgálatot megelőző két évben demencia ellátással kapcsolatos képzésen, oktatáson. Ez közel 30 %-os emelkedést jelent 2014-es vizsgálati eredményeinkhez képest.
2. A háziorvosok kicsit több, mint a fele végez tesztelést a kognitív funkciók irányában, amennyiben felmerül a demencia gyanúja. Szűrő jelleggel továbbra is csak nagyon kevés háziorvos végez ilyen irányú vizsgálatokat. Az alapellátásban végzett demencia szűrések kivitelezésében változatlanul az időhiány a legfőbb akadály.
3. Szemlélet változás irányába mutat, hogy továbbra is szinte minden háziorvos fontos feladatnak érzi az alapellátásban kivitelezett demencia szűrést, tesztelést, viszont emelkedett azoknak az aránya, akik úgy gondolják, hogy a szűrés, a korai diagnózis jobb terápiás eredményhez vezethet. Továbbá lényegesen magasabb azok aránya, akik nem elsősorban szakorvosi feladatnak gondolják a szűrések kivitelezését.
4. Megerősítést nyert vizsgálatunk alapján korábbi megállapításunk, mely szerint a demenciával kapcsolatos képzések kiemelt jelentőségűek a háziorvosok attitűdjének, ismereteinek és aktívabb szerepvállalásának alakításában. Eredményeink igazolják, hogy a képzésen részt vett háziorvosok nagyobb arányban végeznek teszteléseket demenciára utaló panaszok esetén, többen ismernek közülük olyan támogatási formákat, mint például az Alzheimer Café.

### 2.3.6. Megbeszélés

A 2014 és 2019 között eltelt öt éves időszakban számos kezdeményezés történt a házi orvosok demencia ellátással kapcsolatos ismeretének a fejlesztésére.

A graduális képzés vonatkozásában a PTE ÁOK Alapellátási Intézet oktatási programjába is bekerült a demencia témakör a következő formákban:

- Családorvostan szeminárium – V. évf.
- Záróvizsga szakdolgozat
  - o A házi orvosok szűrési, diagnosztikus és terápiás szokásai időskori demenciák esetén
  - o A családorvosok Alzheimer-kórral kapcsolatos tudásszintjének felmérése
  - o A súlyos és palliatív stádiumú demenciával élő betegek ellátásának kérdései házi orvosi szempontból
  - o Demencia szűrés tapasztalatai házi orvosi praxisokban
  - o Alzheimer-kór és időskori demenciák előfordulása diabeteses betegeknél
  - o Az időskori demenciák házi orvosi diagnosztikáját segítő és gátló tényezők (dékáni pályamunka)
  - o A demenciával élő betegek otthoni ápolását végző családtagok leterheltségének vizsgálata és az Alzheimer Caféről alkotott véleményük
- Gerontológia kurzus
- Önkéntes munka: Orvostanhallgatók részvétele az Alzheimer Café találkozókön.

Posztgraduális képzés vonatkozásában országosan eltérő képet kapunk, de számos pozitív kezdeményezés indult el:

- Demencia szimulációs tréning: PTE házi orvosi rezidens képzés (2019)
- Házi orvostan kötelező szinten-tartó továbbképzések
  - Budapest (SE): rendszeresen nincs – egy-egy alkalom
  - Szeged (SZTE): érintőlegesen a „Palliatív medicina aktualitásai” szekcióban
  - Debrecen (DE): rendszeresen nincs – egy-egy alkalom
  - Pécs (PTE): 2 előadás/képzés 2015 óta
  - Győr (PTE): 1 előadás/képzés 2015 óta
  - Budapest (PTE-MÁOTE): nem szerepel
- Családorvosi konferenciák (2014-től): Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ) konferenciákon demencia szekció és előadások minden évben
- Szimpóziumok
  - Pfizer Tudományegyetem (2016-2018 között)

- Egyéb

- Budapest: Geriátriai Továbbképző Tanfolyam – kiemelt téma 1x

A bemutatott oktatási programoknak köszönhetően jelentős fejlődés tapasztalható a házi orvosok részvételi arányában a demenciával kapcsolatos képzések tekintetében. A 2014-ben tapasztalt 17%-ról öt év alatt közel 45%-ra emelkedett ez az arány. Ennek eredményeképpen pozitív irányú fejlődés tapasztalható a házi orvosok szűréssel kapcsolatos attitűdjében, mind annak fontossága, mind a szerepvállalásukról alkotott vélemény tekintetében. Ez a szemlélet, viszont még továbbra sem tükröződik a házi orvosok napi gyakorlatában. Hasonlóan korábbi kutatási eredményeinkhez a felmerülő gyanú esetén is csak a házi orvosok fele végez tesztelést a kognitív funkciók vizsgálatára, szűrő jelleggel pedig még kevesebben teszik meg ezt. Hasonló tendenciát ír le több európai, köztük egy holland tanulmány is, mely megerősíti az eltérést a házi orvosok szemlélete és napi gyakorlata között észlelhető eltérés vonatkozásában [102]. A háttérben számos akadályozó tényező szerepel, melyeket részletesen vizsgálunk jelen kutatás második részvizsgálatában.

A képzések terjedése elősegíti a demencia ellátást segítő-támogató kezdeményezések ismertségének növelését a házi orvosok körében. Mivel sok helyen ők képviselik a betegek és a hozzátartozók irányába az információ átadás első vonalát az egészségügyi ellátás részéről, nagyon fontos, hogy ezen a területen is naprakész ismeretekkel rendelkezzenek.

A hozzátartozók támogatása és edukációja az egyik legfontosabb faktor a demenciával élők életminőségének javítására [108]. Ennek egyik lehetősége a támogatói csoportokban való részvétel, melynek világszerte elterjedt formája az Alzheimer Café [109].

Jelen kutatásunkban igazolt pozitív irányú változások alapja a demenciával, különösen annak házi orvosi vonatkozásaival foglalkozó képzések, továbbképzések fejlődése, szélesebb körű elérhetősége. Az oktatás és az alapellátás részéről tapasztalható javuló demencia ellátás közötti kapcsolat bizonyítása a jövőben is fontos feladatunk lesz.



## **2.4. Második kutatás (2019) / Második részvizsgálat Az időskori demenciák diagnosztikáját és gondozását segítő és gátló tényezők felmérése a magyar házi orvosok körében**

### **2.4.1. Elméleti háttér**

A demencia kórképek világszerte az aluldiagnosztizált kórképek közé tartoznak, azaz a kórkép gyakran nem kerül felismerésre annak korai stádiumában. Hazánkban is hasonló tapasztalatokról számolhatunk be, melyet korábbi vizsgálati eredményeink is alátámasztanak. Eszerint a magyar házi orvosok több, mint 90%-a úgy véli, hogy a demencia diagnózis a betegség közepes vagy súlyos stádiumában kerül megállapításra. A korai diagnózis felállítása, azaz az időben történő felismerés elmaradásának számos oka lehet. A házi orvosok szerepvállalásáról ezen a területen, a folyamatot elősegítő és gátló tényezők elemzéséről kiterjedt szakirodalom áll rendelkezésünkre.

Jelen vizsgálatunkban ezeket az akadályozó faktorokat vizsgáljuk a házi orvosok személyes vonatkozásai és a rendszer szintű tényezők tekintetében.

### **2.4.2. Célkitűzés**

1. A magyar házi orvosok nézőpontjának megismerése a demencia szűrését, diagnosztikáját és ellátását segítő és gátló tényezők tekintetében.
2. Felmérni, hogy a házi orvosok véleménye szerint ki tehető felelőssé elsősorban a késői diagnózisért?
3. A demencia ellátást befolyásoló külső tényezőkkel kapcsolatos vélekedés felmérése:
  - hatásos kezelés hiánya
  - diagnózis hatása a betegre
  - anyagi támogatás
  - rendelkezésre álló idő
  - stigmatizáció
  - hozzáférés a szakellátó helyekhez
4. A demencia ellátást befolyásoló belső tulajdonságokkal összefüggésbe hozható tényezők felmérése:
  - a. frusztráció vs. sikerélmény
  - b. tudás
  - c. kommunikációs készség

### **2.4.3. Módszertan**

A fenti kérdések tisztázására a második kutatás első részvizsgálatában ismertetett önkitöltős kérdőív ide vonatkozó kérdéseit használtuk fel elemzésre. *(II. számú Melléklet fekete színnel jelölt kérdései)*

A késői diagnózis felelőssége irányában egy három pontos egyszerű választásos kérdést szerkesztettünk. A külső tényezőkkel és belső tulajdonságokkal összefüggésbe hozható vélemények vizsgálatára 8 darab öt pontos Likert-skálás kérdést és 3 darab négy pontos Likert-skálás kérdést használtunk.

### **2.4.4. Statisztikai elemzés**

A beérkezett adatok feldolgozása IBM SPSS Statistics for Windows 24.0 programmal történt. A válaszokról valamennyi kérdésnél leíró statisztikai elemzés készült. Gyakoriságokat (frekvenciákat) számoltunk, elemszámokat (válaszadók száma) és százalékos megoszlásokat közlünk.

A tudásszint, valamint a kommunikációs készség oktatással kapcsolatos összefüggéseinek az vizsgálatára keresztábra elemzéseket készítettünk, Fisher-egzakt teszttel vizsgáltuk az összefüggések mértékét. A szignifikancia szintet  $p < 0.05$  mértékben állapítottuk meg, a  $p$  értéket minden esetben közöljük.

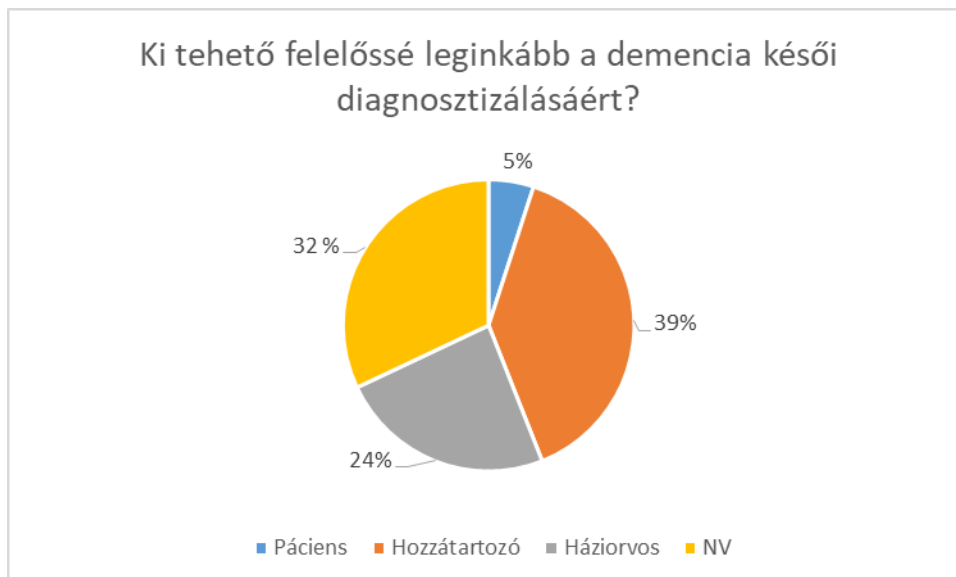
### **2.4.5. Eredmények**

#### ***2.4.5.1. Demográfiai adatok***

A vizsgálat demográfiai adatai jelen kutatás első részvizsgálata során kerültek ismertetésre (7. táblázat).

#### ***2.4.5.2. A késői diagnózis felelőssége***

A késői diagnózis felelőségére vonatkozó kérdéssel kapcsolatban a válaszadó háziorvosok közel 40%-a vélekedik úgy, hogy a hozzátartozók tehetők ezért felelőssé, negyed részük vállalja, hogy a háziorvosok közreműködésén múlik ez, míg alig 5% gondolja úgy, hogy ez a betegek felelőssége lenne (45. ábra).



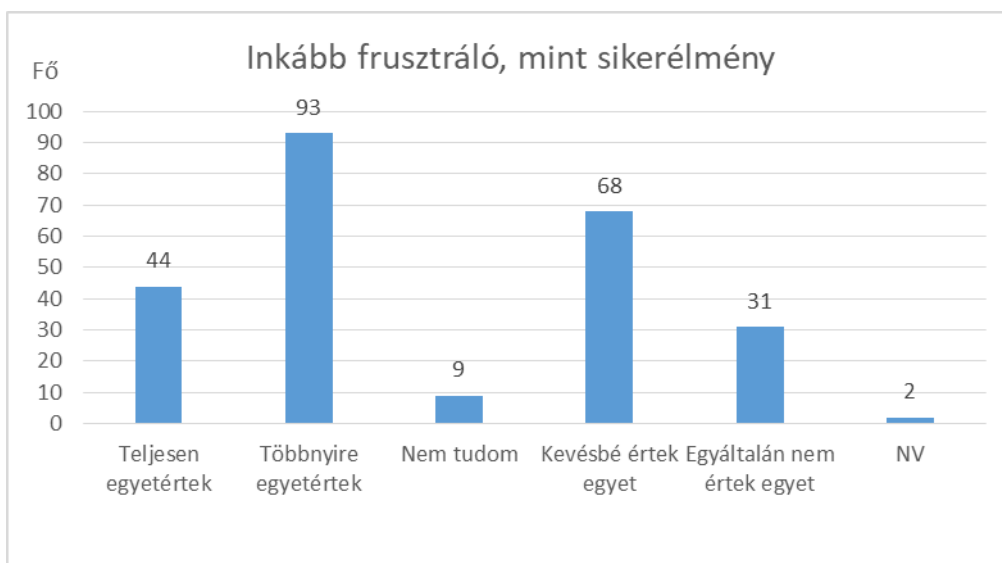
**45. ábra:** A háziorvosok véleménye a késői diagnózis felelőssége tekintetében (n = 247 fő)

#### 2.4.5.3. A háziorvosok véleménye a demencia ellátást segítő-gátló tényezők tekintetében

A háziorvosok demencia ellátással kapcsolatos szerepvállalását segítő és gátló tényezők megismerésére nyolc megállapítással kapcsolatban kértük a véleményüket:

##### 1. A demenciák kezelése, gondozása inkább frusztráló, mint sikerélményt okozó számomra

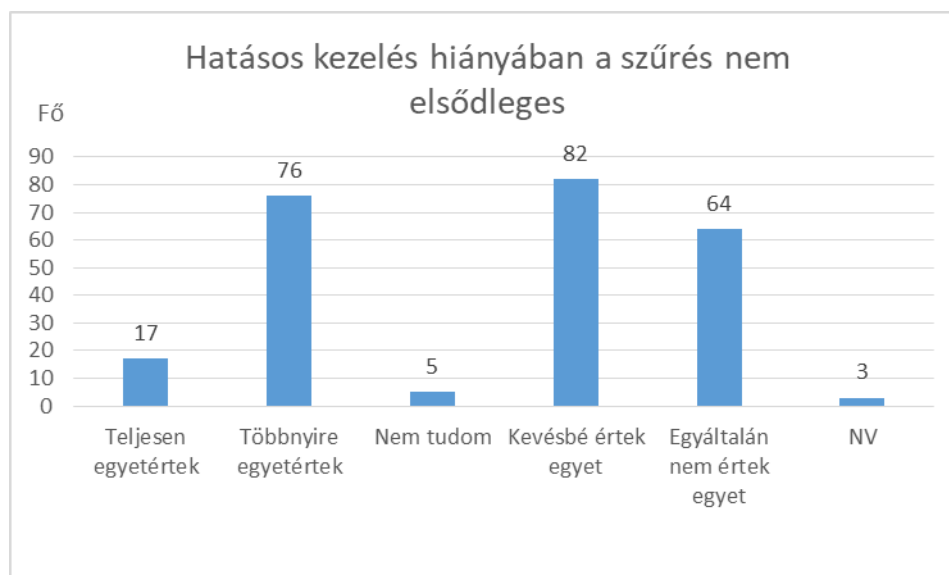
A kérdésre választ adó háziorvosok több, mint a fele (56%) úgy érzi, hogy a demenciák kezelése inkább frusztráló, mint sikerélményt okozó a számára. Ezzel szemben 40,5% gondolja úgy, hogy inkább nem ért egyet ezzel az állítással. A válaszok pontos megoszlását mutatja a 46. számú ábra.



**46. ábra:** A háziorvosok véleményének megoszlása a demencia kezelésekor jelentkező frusztrációról (n = 247 fő)

## 2. *Hatásos kezelés hiányában, a demenciák szűrése nem elsődleges a számomra*

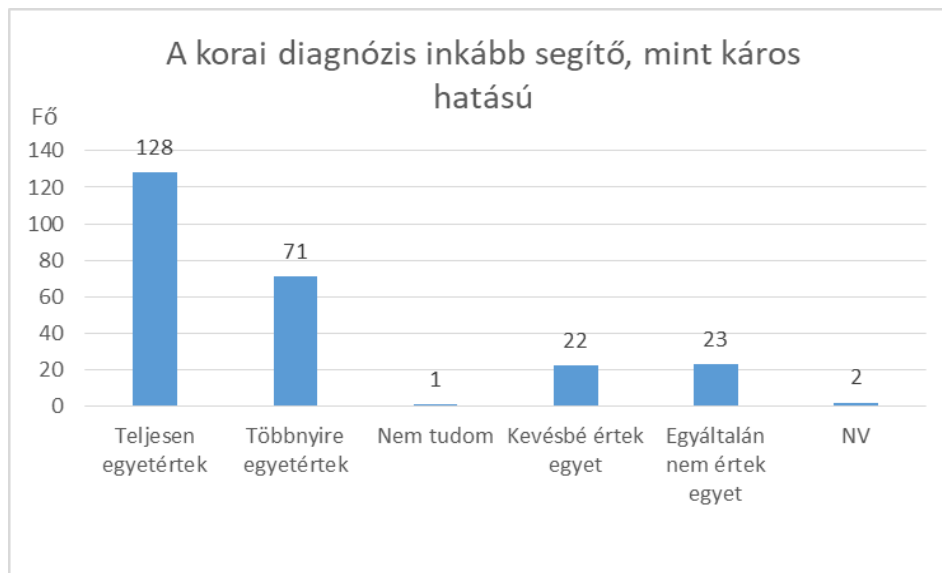
A kérdésre választ adó házi orvosok 38,1%-a vélekedik úgy, hogy hatásos kezelés hiányában a demenciák szűrése nem fontos számára. Ezzel szemben közel kétharmaduk (59,8%) kevésbé illetve nem ért egyet ezzel az állítással. A válaszok pontos megoszlását mutatja a 47. ábra.



**47. ábra:** A házi orvosok véleményének megoszlása a demencia szűrés elsődlegességéről (n = 247 fő)

## 3. *A diagnózis korábbi felállítása inkább segítő, mint károsító hatású a beteg és családja részére*

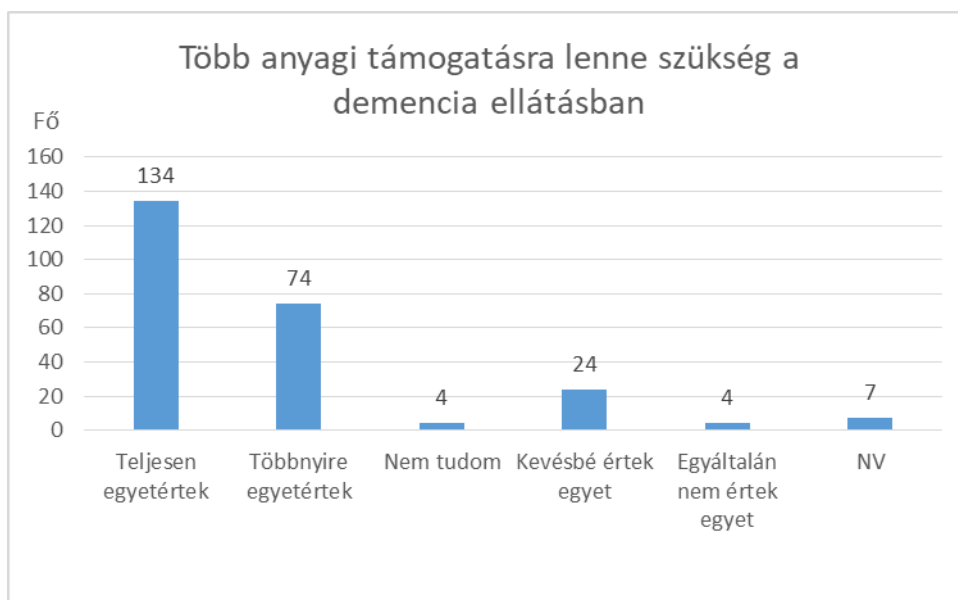
A kérdésre választ adó házi orvosok nagy része (81,2%) vélekedik úgy, hogy a diagnózis korábbi felállítása inkább segítő, mint gátló hatással lenne a beteg és a családja részére. Ezzel szemben csak 18,4% állítja ennek ellenkezőjét. A válaszok pontos megoszlását mutatja a 48. ábra.



**48. ábra:** A háziorvosok véleményének megoszlása a korai diagnózis segítő hatását illetően (n = 247 fő)

**4. Több anyagi támogatásra lenne szükség a demenciával élők ellátásához**

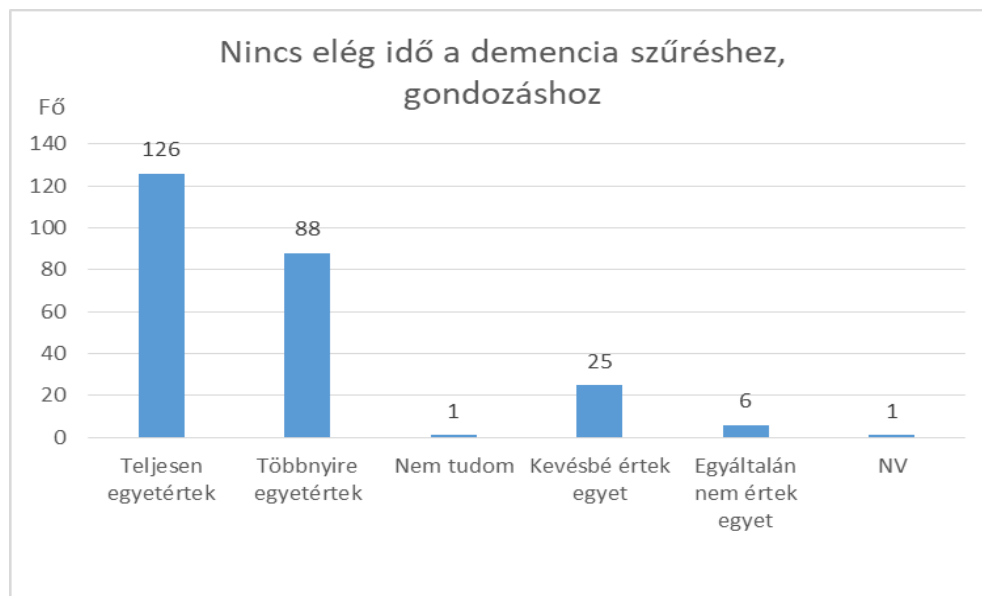
A demencia ellátás anyagi támogatásáról alkotott vélemény szerint szinte egyöntetűen (86,6%) úgy vélik a válaszadó háziorvosok, hogy a demenciával élők ellátásához több anyagi forrásra lenne szükség (49. ábra).



**49. ábra:** A háziorvosok véleménye a demencia ellátás anyagi támogatásáról (n = 247 fő)

**5. A háziiorvosi praxisban nem áll rendelkezésre elég idő a demenciák effektív szűréséhez, gondozásához**

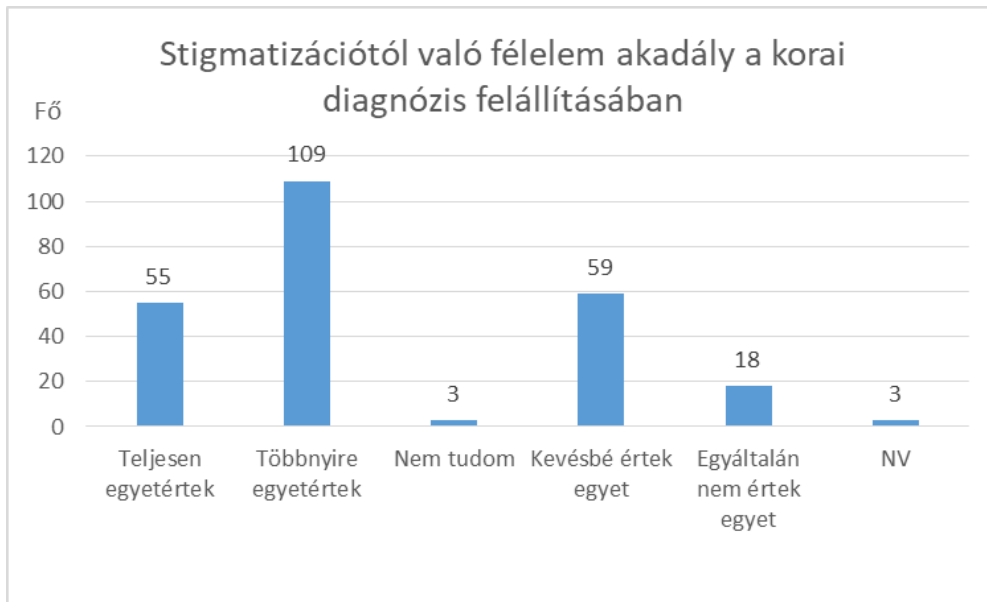
A válaszadó háziorvosok ennél a megállapításnál fejezték ki legmagasabb mértékben az egyetértésüket (87%), míg ezzel szemben 12,6% jelezte egyet nem értését. Az idő hiánya a demencia szűrések elmaradása és az effektív demencia ellátás háttérében korábbi vizsgálatainkban is megjelent és ezúttal is igazolást nyert. A válaszok pontos megoszlását mutatja az 50. ábra.



**50. ábra:** A háziorvosok véleményének megoszlása a demencia ellátáshoz rendelkezésre álló időről (n = 247 fő)

**6. A stigmatizációtól való félelem számottevő akadály a demenciák korai diagnózisában**

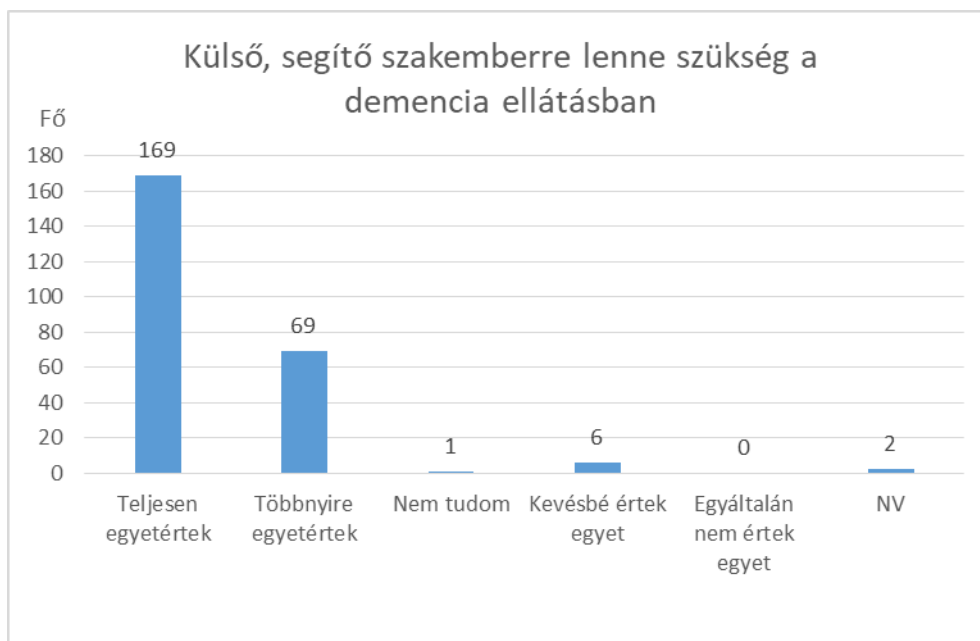
A stigmatizáció kiemelten érinti a demencia kórképekkel élőket. A kérdésre válaszadó háziorvosok két-harmadának (67,2%) véleménye szerint napjainkban is számottevő akadályként szerepel a korai diagnózis felállítás háttérében a betegek és családtagjaik stigmatizációtól való félelme. A háziorvosok 31,6%-a kevésbé ért egyet ezzel az állítással. A válaszok pontos megoszlását mutatja az 51. ábra.



**51. ábra:** A háziorvosok véleménye a stigmatizáció szerepéről a késői diagnózis hátterében (n = 247 fő)

**7. A háziorvosi teamnek külső, segítő szakemberre lenne szüksége a demenciával élők gondozásához**

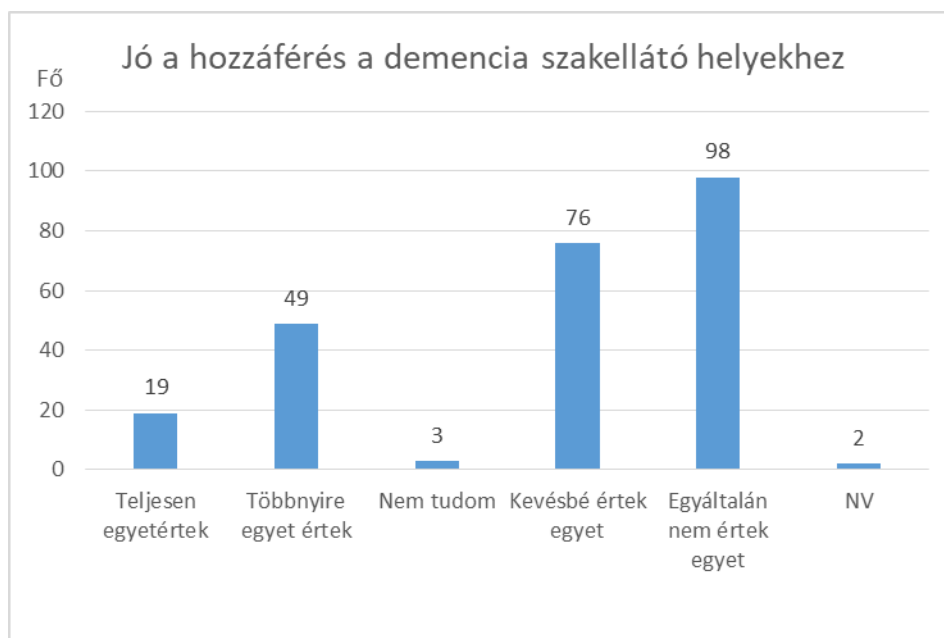
A háziorvosok által jelzett időhiány egyik leghatékonyabb kezelési módja a külső, segítő szakemberek bevonása a demencia ellátás folyamatába. Ezzel a megállapítással a válaszadó háziorvosok 97,2%-a egyetért (52. ábra).



**52. ábra:** A háziorvosok véleménye a külső, segítő szakemberek bevonásáról a demencia ellátásba (n = 247 fő)

## 8. *Megfelelő a hozzáférésünk a demenciára specializálódott szakellátó helyek tekintetében*

A válaszadó háziorvosok 71%-ának véleménye szerint nem megfelelő a hozzáférés a demencia szakellátó helyekhez. Ezzel szemben csak 27,8% érzi úgy, hogy megfelelő a munkakörnyezetében a demencia ellátásra specializálódott szakellátó helyek elérhetősége.



**53. ábra:** A háziorvosok véleménye a demencia szakellátó helyek hozzáférhetőségéről (n = 247 fő)

A demencia ellátásban megjelenő gátló tényezők feltárására irányuló nyolc kérdés eredményeit összesítve, átlag szerint csökkenő sorrendben láthatjuk a 13. számú táblázatban.



**13. táblázat:** Összesítő táblázat a demencia ellátás gátló faktoraira irányuló kérdésekre adott válaszok Likert skála szerinti megoszlásáról (M = átlag, SD = Standard deviáció)

ÁLLÍTÁSOK	Likert-skála értékek (az egyetértés szintje)					n	M (SD)
	4-Teljesen egyetértek	3-Többnyire egyetértek	0-Nem tudom eldönteni	2-Kevésbé értek egyet	1-Egyáltalán nem értek egyet		
A háziorvosi teamnek külső segítő szakemberre lenne szüksége	69,0%	28,2%	0,4%	2,4%	0%	245	<b>3,65</b> (0,589)
Több anyagi támogatásra lenne szükség	55,8%	30,8%	1,7%	10,0%	1,7%	240	<b>3,38</b> (0,868)
Nem áll rendelkezésre elég idő a szűréshez	51%	35,8%	0,4%	10,2%	2,4%	246	<b>3,25</b> (0,79)
A diagnosis korábbi felállítása inkább segítő, mint károsító	52,2%	29,0%	0,4%	9,0%	9,4%	245	<b>3,25</b> (0,98)
A stigmatizációtól való félelem számottevő akadály	22,5%	44,7%	1,2%	24,2%	7,4%	244	<b>2,81</b> (0,917)
Demenciák kezelése inkább frusztráló, mint sikerélményt okozó	18,0%	38,0%	3,7%	27,8%	12,7%	245	<b>2,56</b> (1,04)
Hatásos kezelés hiányában a demenciák szűrése nem elsődleges	7,0%	31,1%	2,0%	33,6%	26,2%	244	<b>2,15</b> (0,962)
Megfelelő a hozzáférés a demenciára specializálódott szakellátó helyek tekintetében	7,8%	20,0%	1,2%	31,0%	40,0%	245	<b>1,92</b> (0,977)

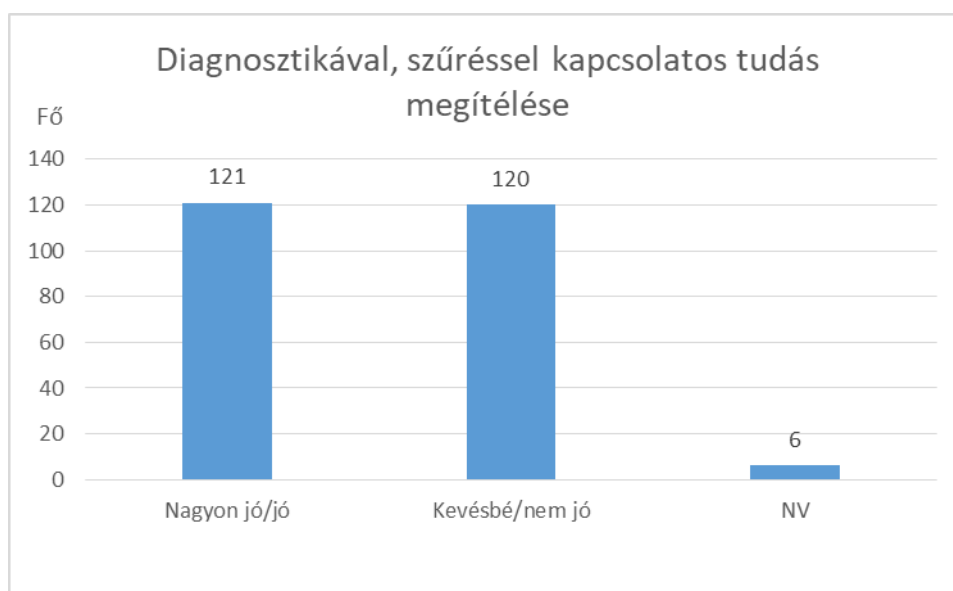
A válaszadó háziorvosok többsége úgy gondolja, hogy nem áll rendelkezésre elegendő idő a demencia ellátáshoz, nem látják megfelelőnek a demencia ellátásra specializálódott szakellátó helyek hozzáférhetőségét. Úgy vélik, rendszerszinten több anyagi támogatásra lenne szükség az ellátás fejlesztéséhez és fontosnak tartanak külső segítő szakemberek bevonását az ellátásba. A háziorvosok több, mint fele még mindig számottevő akadályozó tényezőnek látja a stigmatizáció hatását. Mindezek hatására a demenciák kezelését inkább frusztráló, mint sikerélményt adó folyamatnak élik meg.

#### 2.4.5.4. A házi orvosok véleménye a demencia ellátással kapcsolatos tudásuk és kommunikációs készségeik tekintetében

A házi orvosok demencia ellátásban történő részvételét befolyásolják olyan belső tényezők is, mint a demenciával kapcsolatos tudás szintjük és kommunikációs készségük. Ezeknek a területeknek a megítélésére 4 pontos Likert-skálás kérdésekkel értékeltük a házi orvosok véleményét. A kérdésekre adott válaszok bemutatásakor a grafikus ábrázolásokon összevontuk a nagyon jó /jó és a kevésbé jó/nem jó kategóriákra adott válaszokat.

##### 1. A házi orvosok demenciák diagnosztizálásával, szűrésével kapcsolatos tudásának megítélése

A megkérdezett házi orvosok gyakorlatilag fele-fele arányban ítélik jónak illetve kevésbé jónak a demencia szűréssel és diagnosztikával kapcsolatos tudás szintjüket (54. ábra).



**54. ábra:** A házi orvosok véleménye a demencia diagnosztikával és szűréssel kapcsolatos tudásszintjükről (n = 247 fő)

Az összefüggéseket vizsgálva keresztábra elemzéssel megállapítható, hogy azok, akik voltak demenciával kapcsolatos képzésen, nagyobb arányban ítélték jónak ezen a területen a tudás szintjüket. A különbség szignifikánsnak bizonyult (14. táblázat).

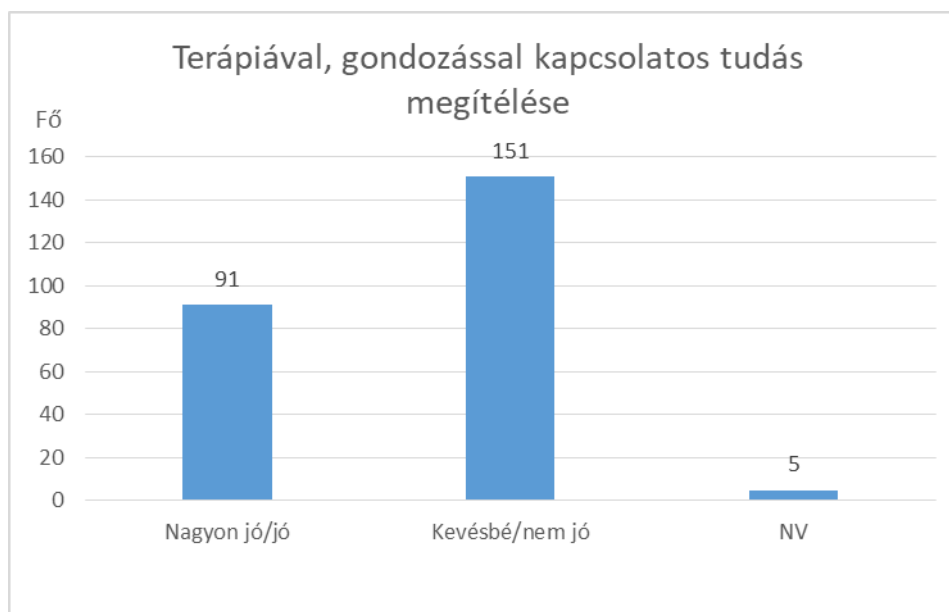
**14. táblázat:** Összefüggés az oktatáson történő részvétel és a házi orvosok demencia diagnosztikával, szűréssel kapcsolatos tudásszintje között

		Oktatáson részvétel		ÖSSZES
		IGEN	NEM	
<b>Tudás szint megítélése (diagnosztika/szűrés)</b>	JÓ (3+4)	<b>70</b> (64,8%)	<b>49</b> (38,3%)	<b>119</b> (50,4%)
	NEM JÓ (1+2)	<b>38</b> (35,2%)	<b>79</b> (61,7%)	<b>117</b> (49,6%)
	Összes	<b>108</b> (100,0%)	<b>128</b> (100,0%)	<b>236</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.000$ )

## 2. A házi orvosok demenciák terápiajával, gondozásával kapcsolatos tudásának megítélése

A terápia és gondozás tekintetében már magasabb arányban (61,2%) gondolták kevésbé jónak vagy nem jónak a tudásukat a megkérdezett házi orvosok (55. ábra).



**55. ábra:** A házi orvosok véleménye a demencia terápiajával és gondozással kapcsolatos tudásszintjükről (n = 247 fő)

Ennél a kérdésnél is megfigyelhető az az összefüggés, hogy akik részt vettek demenciával kapcsolatos képzésen, ezen a területen is jobbnak értékelik a tudásukat, azokhoz képest, akik nem voltak demenciával kapcsolatos képzéseken. A két csoport közötti különbség szignifikáns (15. táblázat).

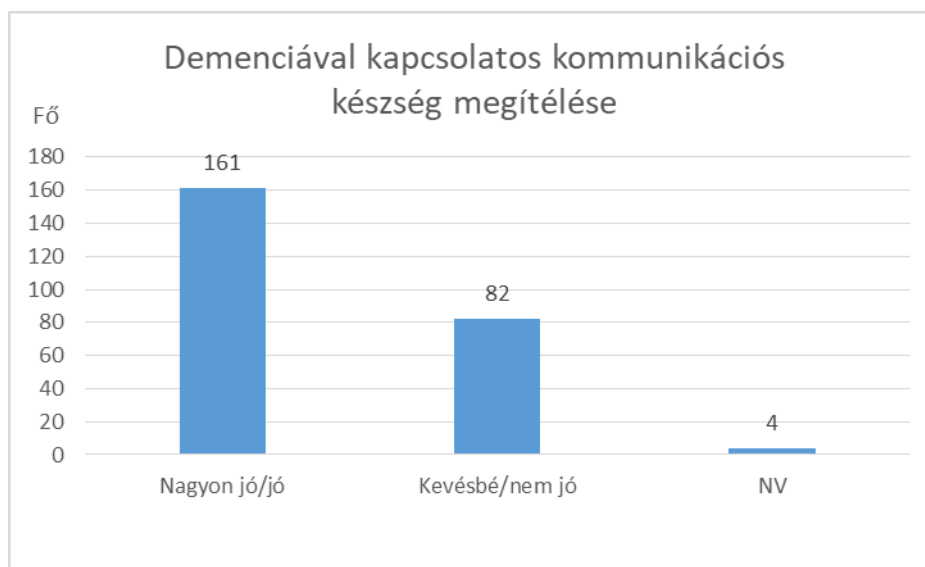
**15. táblázat:** Összefüggés az oktatáson történő részvétel és a házi orvosok demencia terápiajával, gondozásával kapcsolatos tudásszintje között

		Oktatáson részvétel		ÖSSZES
		IGEN	NEM	
<b>Tudás szint megítélése (terápia/gondozás)</b>	JÓ (3+4)	<b>49</b> (45,4%)	<b>40</b> (31,0%)	<b>89</b> (37,6%)
	NEM JÓ (1+2)	<b>59</b> (54,6%)	<b>89</b> (69,0%)	<b>148</b> (62,4%)
	Összes	<b>108</b> (100,0%)	<b>129</b> (100,0%)	<b>237</b> (100,0%)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.031$ )

### 3. A házi orvosok kommunikációs készsége a demenciákkal kapcsolatos kérdések tekintetében

A demenciával kapcsolatos kérdések kommunikációja tekintetében a házi orvosok közel kétharmada (65,2%) jónak, illetve nagyon jónak értékeli képességeit (56. ábra).



**56. ábra:** A házi orvosok véleménye a kommunikációs készségükről a demenciával kapcsolatos kérdések tekintetében ( $n = 247$  fő)

Ezt a képességet is összevetettük a demenciával kapcsolatos képzéseken történő részvétellel. A pozitív összefüggés a ennél a kérdésnél is fenn áll, azaz akik voltak demenciával kapcsolatos oktatáson jobbnak ítélték a kommunikációs készségeiket ezen a területen (16. táblázat).

**16. táblázat:** Összefüggés az oktatáson történő részvétel és a házi orvosok demenciával kapcsolatos kommunikációs készségei között

		Oktatáson részvétel		ÖSSZES
		IGEN	NEM	
<b>Kommunikációs készség megítélése</b>	JÓ (3+4)	<b>81</b> (74,3%)	<b>76</b> (58,9%)	<b>157</b> (66,0%)
	NEM JÓ (1+2)	<b>28</b> (25,7%)	<b>53</b> (41,1%)	<b>81</b> (34,0%)
	Összes	<b>109</b> (100,0%)	<b>129</b> (100,0%)	<b>238</b> (100,0 %)

(Fisher-egzakt teszt,  $p = 0.014$ )

#### 2.4.6. Összefoglalás

1. Kutatási eredményünk alapján úgy látjuk, hogy a házi orvosok legfőképpen a hozzátartozók felelősségének gondolják az időben történő diagnózis elmulasztását, körülbelül harmad részük véli úgy, hogy ez a házi orvos szerepén múlik.
2. A demencia ellátásban szerepet játszó segítő és gátló tényezők tekintetében megállapítható, hogy az alapellátásban nem áll rendelkezésre elég idő a demenciák szűréséhez és a megfelelő szintű gondozáshoz. Továbbá egyöntetű a házi orvosok véleménye arról, hogy külső segítő szakemberek bevonására és rendszer szinten több anyagi támogatásra lenne szükség a magasabb színvonalú ellátás érdekében. Egyet értenek azzal a megállapítással, hogy a korábban felállított diagnózis inkább segítő, mint gátló hatású mind a beteg, mind a család részére. Ezzel szemben még két-harmad része a házi orvosoknak számottevőnek érzi a stigmatizációtól való félelem megjelenését. Mindezek a tényezők azt eredményezik, hogy a házi orvosok többsége inkább frusztrálónak, mint sikerélményt adónak éli meg szerepvállalását a demencia ellátásban.
3. A házi orvosok fele értékeli csak jónak a demenciák szűrésével, diagnosztikájával kapcsolatos ismereteit, másik fele ezt nem érzi jónak. Rosszabb arányt mutat a demenciák terápiájával és gondozásával kapcsolatos tudásszintjükéről alkotott vélemény, közel kétharmaduk ítéli nem jónak az ezzel kapcsolatos tudását. A demenciával kapcsolatos kommunikációs készségek tekintetében viszont inkább jónak ítéli a többség a tudását és készségeit. Mind a tudásszint megítélése, mind a kommunikációs készségről alkotott vélemény szignifikánsan jobb eredményt mutat azok között a házi orvosok között, akik részt vettek valamilyen demenciával kapcsolatos képzésen a vizsgálatot megelőző időszakban.

### 2.4.7. Megbeszélés

Világszerte megfigyelhető, hogy a demencia diagnózisának időben történő felállítása és a magas színvonalú demencia ellátás megvalósítása előtt számos akadályozó tényező merül föl. Ezek közül a háziorvosi ellátást érintő vonatkozásokat vizsgáltuk jelen kutatásunkban.

A demencia kórképek megkésett diagnózis felállításának hátterében nemcsak az ellátórendszer oldalát érintő, hanem társadalmi szintű faktorokat is kell keresnünk. Az érintett páciensek és azok hozzátartozói sokszor kivárnak a tünetek jelentkezését követően, míg orvoshoz, jellemzően a háziorvoshoz fordulnak. Ez átlagosan 1-2 év után történik meg [46, 47]. Ennek a késésnek az okát a vizsgálatunkban megkérdezett háziorvosok közel fele a hozzátartozók felelősségének érzi, kevesebben vannak, a válaszadók kb. negyede, akik a háziorvos, azaz az ellátórendszer felelősségét látják ebben. Hasonló szemléletről számol be egy öt európai országban végzett átfogó vizsgálat, ahol alapellátó és szakorvosok véleményét összesítve, 66%-ban gondolták a hozzátartozók felelősségének a megkésett demencia diagnózis felállítását. Hozzá kell tenni azonban, hogy a vizsgált országok között is jelentős volt az eltérés a felelősségvállalás tekintetében, miszerint Németországban és Franciaországban magasabb arányban gondolták az orvosok felelősségének a korai tünetek felismerését, míg Spanyolországban és Angliában kevésbé gondolták ezt [110]. Összességében ezek az eredmények felhívják a figyelmünket, hogy intenzív és széleskörű társadalmi kampányra lenne szükség a demencia korai tüneteinek megismertetéséhez és a társadalmi tudatosság növeléséhez az előrelépés érdekében.

A háziorvosi rendszert érintő akadályozó tényezők két területet érintenek kiemelkedően. Ezek a személyi és anyagi erőforrásokra vonatkoznak. Jelen vizsgálatunk is igazolta, hogy a háziorvosok egybehangzó véleménye szerint nem áll rendelkezésre elég idő a demencia ellátással kapcsolatos feladatok elvégzésére az alapellátásban. Számos vizsgálatban megjelenik, hogy az alapellátásban átlagosan kevés idő jut egy-egy orvos-beteg találkozásra. A rendelkezésre álló idő hiánya jelentősen befolyásolja a háziorvosok részvételét, hajlandóságát és lehetőségeit a demencia diagnosztikus folyamatában. Egy amerikai vizsgálat leírja, hogy egy rutinszerű orvos-beteg találkozás gyakran nem fed fel a demencia tüneteit és az időkénszer okozta rutin szűrés hiánya oda vezet, hogy a háziorvosok nem ismerik fel időben a demencia irányába mutató változásokat betegeiken [12]. További rendszerszintű akadályozó tényezőként jelenik meg, hogy a háziorvosok úgy tapasztalják, nem áll rendelkezésükre jól elérhető szakorvosi háttér a demencia ellátásához. A megfelelő szakorvosi rendszer, illetve a jól kiépített szakellátó hálózat a szociális szféra részéről gyakran jelenik meg hiányként a gátló tényezőket vizsgáló tanulmányokban [51, 102, 104]. Vizsgálatunk is

mege erősítette, hogy a magyar háziorvosok 71%-a nem érzi megfelelőnek a hozzáférést a demencia ellátásra specializálódott szakellátó helyekhez, továbbá egyöntetű volt a háziorvosok véleménye a demencia ellátást segítő, külső szakemberek szükségességéről. A fejlett demencia ellátással rendelkező országokban széleskörűen elterjedt gyakorlat a demencia koordinátorok, demencia tanácsadók alkalmazása. Ilyen irányú kezdeményezések hazánkban is elindultak pilot program keretében, de még nem állnak rendelkezésünkre széleskörűen. (<https://szocialisportal.hu/demencia-tanacsado-pilot/>). A demencia tanácsadók munkája hatékonyan segíthet kiegészíteni az időhiánnyal küzdő háziorvosok gondozási tevékenységét és szerepvállalását. Feladataik közé tartozik az információ nyújtás, az érintettek és hozzátartozóik támogatása a megfelelő betegutak kiválasztásában, tájékoztatás nyújtása az elérhető támogató lehetőségekről, pszichológiai tanácsadás, valamint a jogi segítség nyújtás is.

Az anyagi erőforrások tekintetében elmondható, hogy a háziorvosok úgy látják, több anyagi támogatásra lenne szükség hazánkban a magasabb színvonalú demencia ellátáshoz. Ez mind az ellátórendszer, mind a betegek és családjaik részére nyújtott támogatásra vonatkozik. Azokban az országokban, ahol teljesítmény alapú finanszírozás működik ez a faktor is meghatározó szempontként szerepel a háziorvosok aktivitását illetően is. A hat európai országban megvalósított „Facing Dementia Survey” elnevezésű tanulmány rámutat, hogy a orvosok jelentős része Európa szerte úgy érzi, hogy a kormányzatok nem nyújtanak elegendő forrást a demenciával élő emberek ellátásához [46, 47]. Több vizsgálat szerint a háziorvosok úgy érzik, hogy a demencia diagnózisának felállítása és a következményesen megjelenő gondozási folyamatban való részvétel kényszere meghaladja a háziorvosi praxis személyi és anyagi erőforrásait [12, 111-113].

A háziorvosok demencia ellátással kapcsolatos attitűdjei is akadályozó faktorként jelennek meg a diagnosztikus folyamatban. Ezek közül a leggyakoribb a stigmatizáció miatti aggodalom [41, 43, 107, 111, 113]. Vizsgálatunk szerint a háziorvosok két-harmada úgy vélekedik, hogy a stigmatizáció által okozott félelem hazánkban is jelentős akadályozó tényező a diagnózis felállítás irányában. Következő jellemző attitűd, hogy a háziorvosoknak sok esetben kétségeik vannak a korai diagnózis hasznosságát illetően. Boise vizsgálata amerikai családorvosok között feltárta, hogy sok családorvos úgy érzi, effektíve nem tud mit tenni a demenciával élő beteggel és nem akarja a diagnózissal ideje korán megrémíteni a családot. Továbbá jellemző, hogy az egyéb fennálló, időskori, krónikus problémák gondozása mellett nem hangsúlyos számukra a kognitív zavarok vizsgálata [12]. Egy nyolc európai országot átfogó tanulmány szerint, a fenti okokból kifolyólag kontinensünkön is széleskörűen észlelhető a háziorvosok vonakodó attitűdje a demencia diagnózisának időben történő

felállításával kapcsolatban [41]. Több vizsgálatban is szerepel, hogy a házi orvosok aggódnak az esetleges téves diagnózis betegekre és hozzátartozókra gyakorolt negatív hatása miatt. Így inkább hajlamosak elhalasztani a diagnózis felállítását [47, 111-114]. Renshaw Angliában végzett vizsgálata is úgy találta, hogy csak a házi orvosok fele gondolta hasznosnak a korai diagnózis felállítást demencia esetén és sokan bizonytalanok voltak ebben a kérdésben [104]. Milne szintén Angliában végzett vizsgálata is azt mutatta, hogy sok házi orvos gondolja úgy, hogy a korlátozott terápiás lehetőségek miatt nincs értelme a diagnózis forszírozásának, viszont az ellátórendszer fejlesztésével, a hozzáférés javításával a szakorvosok irányában és a korai diagnózis értékének a hangsúlyozásával elérhető a házi orvosok attitűdjének pozitív irányú változása a korai diagnózis felállítása tekintetében [114]. A korai diagnózis hasznosságát tekintve úgy tapasztaltuk, hogy a magyar házi orvosok több, mint 80%-a inkább segítőnek gondolja ezt a betegek és családok részére, sem mint, káros hatásúnak. Ez a pozitív szemlélet fontos alapot jelenthet a házi orvosok kapuőr szerepének erősítésében a demenciák felderítésében.

A demencia ellátást segítő illetve gátló tényezők tekintetében a harmadik fontos terület az alapellátás vonatkozásában a házi orvosok felkészültsége, azaz demenciával kapcsolatos tudásuk és kommunikációs készségük vizsgálata.

Számos tanulmány hívja fel a figyelmet a demenciával kapcsolatos oktatási programok fontosságára, illetve ezek hiányára. Ahol a házi orvosok képzést kapnak a demencia diagnosztikájának elméleti és gyakorlati kérdéseiről, valamint a normál és kóros öregedés kognitív vonatkozásairól, csökkenthető a tudás hiánnyal kapcsolatos bizonytalanságérzésük, mely akadályát képezheti a diagnosztikus folyamatnak. Sok házi orvos nincs tisztában a demencia korai tüneteivel és az enyhe kognitív zavar (MCI) fogalmával [12, 46, 47, 51, 111, 115]. A tudásszint tekintetében egy amerikai tanulmány összefüggést talált az életkor és a diagnosztikus folyamatok között. A fiatalabb házi orvosok a demenciával kapcsolatos naprakész tudásuk tekintetében felülmúlták idősebb kollégáikat, viszont ők nagyobb magabiztossággal rendelkeztek a diagnózis felállításának képessége tekintetében [116]. A diagnosztikus tesztek és protokollok ismeretének, illetve a kivitelezéssel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatoknak a hiánya is megjelenhet akadályozó tényezőként a házi orvosok részéről [12, 102, 111, 117]. A képzésnek fontos szerepe van a házi orvosok azon attitűdjének a megváltoztatásában is, hogy a demencia ellátás sokkal inkább szakorvosi, mint házi orvosi feladat [51, 111]. Turner Angliában végzett vizsgálata azt mutatja, hogy a házi orvosok harmada bizonytalannak érzi tudását a demencia diagnosztikájával kapcsolatban, míg a terápiás vonatkozások tekintetében ennél is rosszabb az arány. Az angol házi orvosok kétharmada úgy érzi, bizonytalan a viselkedési tünetek és más problémák kezelésében [51]. Jelen



vizsgálatunkban a magyar háziorvosok véleménye hasonló eredményeket mutat. A háziorvosok fele érzi csak jónak a demencia diagnosztikájával kapcsolatos tudását, míg a másik fele nem jónak minősítette azt. A demencia terápiájával kapcsolatos tudásszint tekintetében nálunk is rosszabb az arány, a háziorvosok két-harmada véleményezte nem jónak a tudását ezen a területen. Emellett megállapítottuk, hogy mindkét területen jobbnak véleményezték tudás szintjüket azok a háziorvosok, akik részt vettek korábban demencia ellátással kapcsolatos képzésen.

A demenciával kapcsolatos kommunikációs problémák is gyakori akadályozó tényezőként jelennek meg. A háziorvosok sokszor nehéz feladatnak érzik a diagnózis közlését és magyarázatát és ez a diagnózis hártásához, halogatásához vezethet az orvos részéről [43, 51, 102, 115, 118]. Egy hat országra kiterjedő átfogó európai vizsgálat szerint átlagosan az orvosok 71%-a érzi úgy, hogy kényelmetlen számára az Alzheimer-kóról beszélni első alkalommal egy beteggel [47]. Egy francia vizsgálat szerint a háziorvosok mindössze 8 %-a mondja meg a demencia diagnózisát a betegnek a kommunikációs nehézségek miatt [94]. Egy holland vizsgálat is megerősíti, hogy a háziorvosoknak nehézséget okozhat a demencia diagnózis kommunikálása, általában kerülik a demencia szó kimondását és közel kétszer gyakrabban fordul elő, hogy inkább a hozzátartozónak mondják el a diagnózist és nem a betegnek [64]. Egy angol vizsgálat megállapítja, hogy azok a háziorvosok, akik alacsonyabbnak ítélték a demenciával kapcsolatos tudás szintjüket, kevésbé voltak nyitottak a demenciával kapcsolatos kérdések kommunikációjára [51]. Jelen vizsgálatunkban mi úgy találtuk, hogy a magyar háziorvosok két-harmada jónak ítélte a demenciával kapcsolatos kommunikációs készségeit. Ezen belül mi is úgy találtuk, hogy a demencia képzéseken részt vett, azaz jobb tudás szinttel rendelkező háziorvosok magasabb arányban ítélték jónak készségeiket ezen a területen, mint azok, akik nem vettek részt demenciával kapcsolatos oktatáson.

Vizsgálati eredményeink megerősítik azt a véleményt, hogy a háziorvosok részére nyújtott oktatási programok fejlesztése, kiterjesztése szükséges a korszerű demencia ellátást akadályozó tényezők javítására. Az oktatásnak ki kell terjedni a diagnosztikával kapcsolatos tudás és a diagnózis közléséhez szükséges kommunikációs készségek fejlesztésére, az időben történő diagnózisfelállítás valamint a gyógyszeres és nem gyógyszeres intervenciók hatásaival kapcsolatos tudatosság növelésére [94, 102, 104, 110]. A demencia kórképek hatékonyabb ellátását akadályozó tényezők kiküszöbölésében fontos szerep hárul az egészségügyi döntéshozókra is, hiszen a rendszer szintű faktorok javításában kikerülhetetlen szerepük van. Európa szerte tapasztalható, hogy az orvosok úgy érzik, az egészségügyi kormányzatok nem fordítanak elég figyelmet a demenciával kapcsolatos problémákra és a következő

évtizedekben várható fenyegető változásokra, továbbá nem invesztálnak elegendő anyagi forrást a demencia ellátás javítására [47]. A gátló tényezők, különösen a stigmatizáció lebontásában fontos lenne az egészségügyi ellátó rendszer és a társadalmi demencia szervezetek összefogása. Azokban az országokban, ahol ez az összefogás innovatív programok keretében megvalósult, kevésbé jellemző a stigmatizáció hatása és a társadalom minden rétege nyíltabb kommunikációt képes folytatni a demenciával kapcsolatos kérdésekről [41].

## EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

1. Magyarországon hiánypótló vizsgálatként került kivitelezésre a „Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról” elnevezésű felmérés 2014-ben. Ebben képet kaptunk a demencia ellátás helyzetéről az alapellátásban és a magyar háziorvosok attitűdjéről, napi rutinjáról ezen a területen.
2. A magyar háziorvosok többsége csak súlyos tünetek esetén (pl. eltévedés) gondol demencia fennállására. Maguk is úgy látják, hogy a demencia diagnózisa csak a közepes vagy súlyos stádiumú betegeknél kerül megállapításra.  
A háziorvosok napi rutinjára jellemző, hogy 49%-uk még gyanú esetén sem végez speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére. Ezzel a gyakorlattal kissé szemben áll a szűréssel kapcsolatos háziorvosi attitűd, mely szerint úgy vélik, a szűrés nagyon fontos és időben történő kivitelezése jobb terápiás eredményhez vezetne. A vizsgálat elmaradásának legfőbb oka az időhiány és a specifikus tudás hiánya volt. Szakorvosi vizsgálatot csak súlyos, markáns tünetek esetén, illetve kifejezett hozzátartozói kérésre kezdeményeznek. A háziorvosok véleménye fele-fele arányban megoszlik abban a tekintetben, hogy a kognitív funkciók tesztelése szakorvosi feladatot jelent-e vagy sem. A háziorvosok kétharmada nem ismer vagy nem tud speciális memória szakrendelésről a munkakörnyezetében, ennek megfelelően nagyobb részük nem vagy csak részben tartja megfelelőnek a rendelkezésre álló szakorvosi háttérrel. A magyar háziorvosok a demencia terápiáját bonyolultnak érzik, a demenciával élő betegek menedzselését, gondozását nehéz és sok figyelmet igénylő feladatnak tartják. A specifikus terápiákat saját bevallásuk szerint is alig ismerik.
3. A kifejezett tehetetlenségérzés és sajnálat azok a meghatározó érzelmi faktorok, melyek alakítják a magyar háziorvosok demencia ellátással kapcsolatos attitűdjét.
4. A háziorvosok több, mint 80%-a nem vett részt demencia specifikus képzésen a 2014-es felmérést megelőző két évben. Összefüggés mutatkozott az oktatás és a napi rutin, valamint az attitűd vonatkozásában. A demencia specifikus képzésen részt vett háziorvosok nagyobb arányban mutattak tesztelési aktivitást és kevésbé volt rájuk jellemző a tehetetlenségérzés.

5. Második számú kutatásunk évében 2019-ben a megkérdezett házi orvosok közel fele úgy nyilatkozott, hogy részt vett a vizsgálatot megelőző két évben demenciaellátással kapcsolatos képzésen, oktatáson. Ez közel 30%-os emelkedést jelent 2014-es vizsgálati eredményeinkhez képest. Ennek hatása változást indított a házi orvosok szemléletében és napi gyakorlatában is.

A házi orvosok kicsit több, mint a fele végez tesztelést a kognitív funkciók irányában, amennyiben felmerül a demencia gyanúja. Szűrő jelleggel továbbra is csak nagyon kevés házi orvos végez ilyen irányú vizsgálatokat. Az alapellátásban végzett demencia szűrések kivitelezésében változatlanul az időhiány a legfőbb akadály.

Szemléletváltozás irányába mutat, hogy továbbra is szinte minden házi orvos fontos feladatnak érzi az alapellátásban a demencia szűrést, tesztelést, viszont szignifikánsan emelkedett azoknak az aránya, akik úgy gondolják, hogy a szűrés, a korai diagnózis jobb terápiás eredményhez vezethet. Továbbá lényegesen magasabb azok aránya is, akik nem elsősorban szakorvosi feladatnak gondolják a szűrések kivitelezését.

Megerősítést nyert vizsgálatunk alapján korábbi feltételezésünk, mely szerint a demenciával kapcsolatos képzések kiemelt jelentőségűek a házi orvosok attitűdjének, ismereteinek és aktívabb szerepvállalásának alakításában. Eredményeink igazolják, hogy a képzésen részt vett házi orvosok nagyobb arányban végeznek teszteléseket demenciára utaló panaszok esetén, többen ismernek közülük olyan támogatási formákat, mint például az Alzheimer Café és kevésbé gondolják szakorvosi feladatnak a diagnosztikus vizsgálatok, szűrések elvégzését.

6. A demenciaellátásban szerepet játszó segítő és gátló tényezők tekintetében megállapítható, hogy az alapellátásban nem áll rendelkezésre elég idő a demenciák szűréséhez és a megfelelő szintű gondozáshoz. Továbbá egyöntetű a házi orvosok véleménye arról, hogy külső segítő szakemberek bevonására és rendszer szinten több anyagi támogatásra lenne szükség a magasabb színvonalú ellátás érdekében. Egyet értenek azzal a megállapítással, hogy a korábban felállított diagnózis inkább segítő, mint gátló hatású mind a beteg, mind a család részére. Ezzel szemben még kétharmad része a házi orvosoknak számottevőnek érzi a stigmatizációtól való félelem megjelenését. Mindezek a tényezők azt az attitűdöt eredményezik, hogy a házi orvosok többsége inkább frusztrálónak, mint sikerélményt adónak éli meg szerepvállalását a demencia ellátásban.

A házi orvosok fele értékeli jónak a demenciák szűrésével, diagnosztikájával kapcsolatos ismereteit, másik fele ezt nem érzi jónak. Rosszabb arányt mutat a

demenciák terápiájával és gondozásával kapcsolatos tudásszintjükről alkotott vélemény, közel kétharmaduk ítéli nem jónak az ezzel kapcsolatos tudását. A demenciával kapcsolatos kommunikációs készségek tekintetében viszont inkább jónak ítéli a többség a tudását és készségeit. Mind a tudásszint megítélése, mind a kommunikációs készségről alkotott vélemény szignifikánsan jobb eredményt mutat azok között a háziorvosok között, akik részt vettek valamilyen demenciával kapcsolatos képzésen a vizsgálatot megelőző időszakban.

## KONKLÚZIÓ

Az Alzheimer's Disease International szervezet az alapellátás helyzetéről és ezen belül a házi orvosok szerepvállalásáról a „World Alzheimer Report 2016” kiadványában a következő összefoglalást teszi [119]:

- A demencia napjainkban aluldiagnosztizált, hiányosan felismert, hiányosan kommunikált, alul kezelt és alul gondozott kórkép az alapellátásban.
- Az alapellátás részéről sok helyen nem biztosított a demenciával élők folyamatos, magas szintű ellátása.
- Megfelelő felelősségvállalással a házi orvos a szakorvosokhoz hasonló eredményeket tud elérni a gondozásban.
- A demencia felismerése, megfelelő oktatás bevezetésével, nagymértékben javítható az alapellátásban.
- Az indokolt szűrés megfelelő tesztekkel elősegíti az időben történő diagnózis felállítását.
- A demencia ellátásban célravezető a feladatok megosztását hangsúlyozó ellátási modellek bevezetése, ahol megfelelően definiálva a hatásköröket, a feladatok átadhatóak a speciálisan képzett szakemberektől az általános képzettségű szakemberek irányába (specialista → házi orvos → eset-manager/demencia tanácsadó).

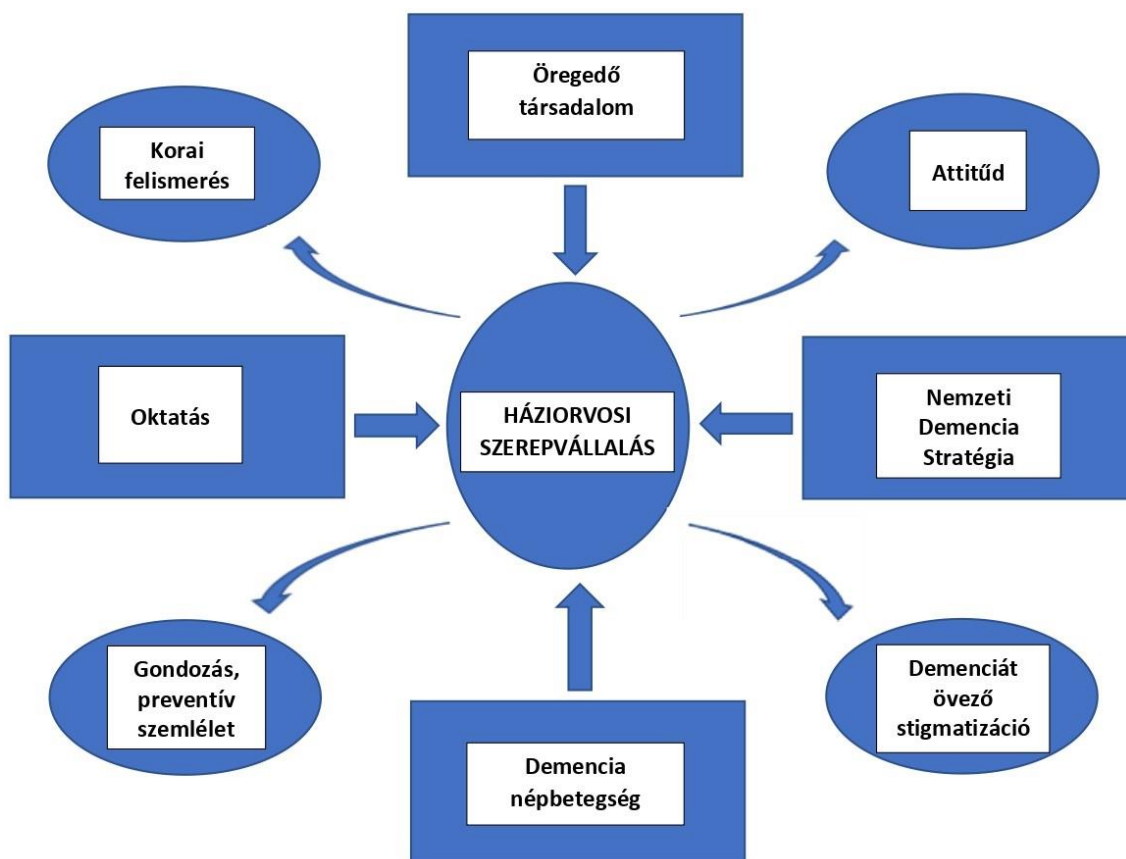
A megfogalmazott ajánlások megvalósítása érdekében, az elmúlt évtizedben a világ számos országában megindult egy proaktívabb megközelítés a demencia kórképek ellátása és a demenciával élők irányába. Megfogalmazódott az igény az ellátási követelmények emelésére, melynek alapját jól szervezett és irányított kutatási programok és kampányok biztosítják.

Magyarországon is megvalósult az elmúlt években több olyan kutatási program és projekt, mely a további fejlődés alapja lehet a demencia ellátás területén. Ezek közül több programban a jelen dolgozat szerzője is részt vett.

- INDA-1 projekt: „A demenciához kapcsolódó interprofesszionális szolgáltatások megalapozása” című TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-007 program. <https://inda.info.hu/>
- „SOS Demencia. Együttműködés az Alzheimer és demencia ellen.” című tananyag: Készült a „Felkészülés az aktív időskorra” című 2018-1-HU01- KA204-047707 azonosító számú ERASMUS + projekt keretében
- „Demenciával élők és családtagjaik életminőségének vizsgálata” című kutatás – A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása” EFOP 1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 című kiemelt projekt

- Demencia koordinátor képzés – A Kecskemét város Önkormányzata által indított „Települési Demencia Akcióprogram” keretén belül. <https://kecskemet.ginkonet.hu/>
- DemenSzia program – Modus Alapítvány demens betegeket gondozó családtagokat segítő programja. <https://modus.hu/demencia/demenszia-program>
- „Alzheimer Café Pécs” program – Két év a családok szolgálatában: A kultúrával a családokért project, az Európai Szociális Alap EFOP-1.2.1-15-2016-00525 programja. [www.facebook.hu/alzheimercafepecs](http://www.facebook.hu/alzheimercafepecs)

Az ismertett programok elindítottak hazánkban is egy pozitív irányú szemléletváltást a demencia ellátásban. Az alapellátásban ennek a szemléletváltásnak a centrumában a családorvosok állnak, tehát az ő felkészítésük, képzésük kulcsfontosságú feladat. A további fejlődés kikerülhetetlen feltétele a valamennyi érintett ágazat szerepvállalását és együttműködését meghatározó, kormányzatilag támogatott Nemzeti Demencia Stratégia elfogadása. A háziiorvosi szerepvállalás meghatározása kikerülhetetlen elem az ellátás fejlesztésében és a kívánatos szemléletváltozás alakításában (57. ábra).



**57. ábra:** A háziiorvosok szerepvállalása a demencia ellátásban (saját ábra)

## **Nemzeti Demencia Stratégia bevezetése és az alapellátás szerepének az erősítése**

Az epidemiológiai előrejelzések ismeretében a következő évtizedekben, még a fejlett gazdasági társadalmak előtt is sok kihívás áll a magas színvonalú, átfogó, biztonságos és költséghatékony demencia ellátás megvalósítása tekintetében. A Nemzeti Demencia Stratégiában kell tervszerűen és komplex módon megfogalmazni azt a programot, mellyel ez a cél elérhető. Hazánkban nincs elfogadott Nemzeti Demencia Stratégia, annak ellenére, hogy civil szervezetek lassan két évtizede folytatnak lobbizási tevékenységet ez irányban (<http://www.alzheimerweb1.hu/pdf/nemzeti-demencia-strategia.pdf>).

Kutatási eredményeink fontos adatokat szolgáltathatnak egy jövőbeni, magyarországi Nemzeti Demencia Stratégia háziiorvosi szerepvállalást tartalmazó részének kialakításához. Felhívja a döntéshozók figyelmét, hogy a magas színvonalú, minőségi és emberhez méltó ellátást nyújtó demencia ellátás fejlesztéséhez sürgető változásokra van szükség az alapellátáson belül is.

Jelen dolgozatomban ennek a programnak a háziiorvosi vonatkozásaira térünk ki és fogalmazzunk meg javaslatokat vizsgálati eredményeink tükrében:

## **Az időben történő demencia diagnózis felállítása és az integrált ellátórendszer fejlesztése**

A nemzetközi vizsgálatok, valamint saját kutatási eredményeink is megerősítik, hogy a demencia kórképek a közepes és súlyos stádiumban kerülnek általában diagnosztizálásra. Ez a lépés gyakran krízishelyzetet követően (sürgősségi ellátás, kórházi vagy intézményi elhelyezés) történik meg, mely események megelőzhetőek lennének az időben történő diagnózis felállítással [46, 99, 120, 121]. Ebben a folyamatban az alapellátás, mint az ellátás első vonala és központja, nemcsak közvetítő a szakellátás felé, hanem koordináló szereppel kell bírnia a szélesebb körű egészségügyi és szociális rendszer szolgáltatásainak összefogására és közvetítésére a beteg és családja irányában [122, 123]. Ennek érdekében interdiszciplináris együttműködéseket kell kialakítani annak érdekében, hogy magas színvonalú demenciaellátást tudjunk nyújtani az alapellátásban mind a diagnosztika, mind a gondozás területén [20, 122]. A demenciával élők ellátása komplex egészségügyi, szociális ellátást tesz szükségessé. Az innovatív modellek sokkal inkább fogyatékosként, sem mint végzetes betegségként tekintenek a demencia lefolyására. Ennek megfelelően holisztikus, betegközpontú megközelítéssel, a megmaradó képességek fenntartására irányuló pozitív szemlélettel, a beteget és a hozzátartozót komplexen kezelő gyakorlattal történik a gondozás. Ezt a szemléletet több, különböző területen működő szakember együttműködésével, interprofesszionális módszerekkel lehet legjobban megvalósítani. A fejlett demenciaellátással rendelkező országokban ez a gyakorlat magába foglalja a háziorvos, neurológus, pszichiáter,



pszichológus, demencia-tanácsadó, szociális munkás, logopédus, gyógytornász, dietetikus, jogász, kognitív-tréner, tánc- és zeneterapeuta együttműködését a demenciával élők és gondozóik ellátásában. A demenciaellátásban az interprofesszionális nem pusztán a különböző szakterületek tudásának egymás melletti alkalmazását jelenti, hanem szinergia elve alapján egymást hatványozottan erősítve képesek a demenciával élők és családtagjaik életminőségén javítani.

Elkerülhetetlen, hogy hazánkban is meginduljon a demencia ellátásra specializálódott, interdiszciplináris gyakorlattal működő szakellátó rendszer fejlesztése és hozzáférhetőségének a javítása. Ideális esetben az ország valamennyi egyetemi régiójában elérhetővé kellene tenni az ezzel a szemlélettel működő, a házi orvosok számára könnyen elérhető Demencia-központokat (Memória-ambulancia). A demenciával élők esetében is fontos lenne, más krónikus betegségek vagy a palliatív ellátás mintájára kialakított, rendszer szinten felépített és működő komplex gondozási hálózat kialakítása. A házi orvosok magabiztosabb szerepvállalását nagymértékben javítaná a más, érintett szakterületek orvosaival kialakított jó szakmaközi együttműködés és összefogás kialakítása, a rutinszerűen működő, szakorvosi konzultációs lehetőségek (mentorálási-program) létrehozása. A házi orvosok vizsgálatainkban is megfogalmazott igényére reflektálva fontos és sürgető fejlesztési irány a külső segítő szakemberek, legfőképpen a demencia-tanácsadók képzésének fejlesztése és megjelenésük biztosítása az ellátórendszerben. Ők képviselhetik a legfontosabb láncszemet az ellátórendszer és a demenciával élő beteg és családja között, átvállalva a kapcsolattartás és koordináció feladatát a gondozásban. Mindemellett a házi orvosok részére is fontos lenne a helyi erőforrások, támogató szervezetek ismerete, valamint az on-line információforrások jó elérhetősége és alkalmazása a napi munkában. Az együttműködés segítéséhez fontos eleme a Nemzeti Demencia Stratégiának az alapellátás kihívásaihoz igazodó és az integrált demencia gondozás alapelveit alkalmazó protokollok és szakmai útmutatók kidolgozása. Az aktívabb részvétel elősegítésére fontos a támogató finanszírozási rendszer kialakítása is, mely ösztönzőleg hat a házi orvosok aktivitására. Előremutató lépés ezen a területen, hogy az elmúlt évben megalakult szoros praxisközösségi együttműködések keretén belül, elszámolható tevékenységként került megjelölésre az 55 év feletti pácienseknél elvégzett demencia szűrés az alapellátásban.

### **A házi orvosok demencia specifikus képzése, továbbképzése**

A demenciával kapcsolatos ismeretek növelésével pozitívan befolyásolhatjuk mind a társadalom segítség kereső, mind az ellátórendszer, köztük a házi orvosok segítség nyújtó magatartását. A jelenlegi gyakorlat szerint a házi orvosoknak szóló oktatási programok

többsége a demencia patofiziológiai és terápiás vonatkozásait tárgyalja. A kutatások azt bizonyítják, hogy a demencia oktatásban a hagyományos oktatási modellek (előadás, nyomtatott anyagok, passzív média) kevésbé hatékonyak, mint a kombinált, intervenció programok, melyek interaktív oktatási elemeket tartalmaznak (audit, esettanulmány-alapú kiscsoportos foglalkozások, megoldás-központú tréningek, oktatási célú együttműködések). Ezek a módszerek a szélesebb körű tudást, készségeket és attitűdöt együttesen fejlesztik a korszerű demencia ellátás érdekében [13, 111, 124, 125]. Mivel a demencia ellátás komplex feladat és sok egyedi aspektussal rendelkezi a képzésnek is ezekhez a speciális igényekhez kell igazodni. A házi orvosok esetében a legfontosabb fejlesztendő területek a demencia oktatásban az időben történő diagnózis felállítás kérdései, a diagnózis közlése és a kommunikáció szempontjai, valamint a segítő-támogató szervezetek, lehetőségek széleskörű ismerete [126]. A jelen és a jövő kihívásainak megfelelően, a demencia képzésben is kikerülhetetlen irány az on-line oktatási programok és platformok fejlesztése. Az angol, amerikai, kanadai szakirodalomban már megjelentek a házi orvosi gyakorlatban alkalmazott internet-alapú oktatási programok, a döntés-támogató software-ek, valamint a demencia ellátás segítő audit és feed-back programok [127-129]. Ezek a módszerek habár kevésbé hatékonyak, de széleskörűen alkalmazhatóak, költséghatékonyak és jó alternatívát jelenthetnek a hagyományos oktatási módszerekhez képest.

A fejlesztéshez szemléletváltásra van szükség az oktatásban és korszerű, innovatív oktatási módszereket kell alkalmazni a demencia képzésben mind graduális, mind posztgraduális szinten.

A graduális képzésben a jelenleginél nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, azaz magasabb óraszámokban kellene oktatni a demenciával kapcsolatos ismereteket az érintett szakterületek óraszámain belül (neurológia, pszichiátria, családorvostan, gerontológia). Az átfogóbb tudást igénylő hallgatók számára interdiszciplináris együttműködéssel létrehozott tananyag alapján, elektív kurzus keretén belül kellene átadni a demencia ellátás komplex szemléletét.

A házi orvos szakképzési és továbbképzési programokba be kell építeni a demenciaspecifikus ismeretek oktatását. Ennek megfelelően a rezidensi záróvizsgák és a szakvizsgák tételsorába kötelező elemként be kell építeni a demencia témakört, mint ahogy az „A magyar rezidensképzés átalakítása” című programban kidolgozott, a négy egyetem által egységesített, feltehetőleg a közeljövőben megjelenő szakvizsga kérdéssorban ez szerepel. Ezen a szinten már feltétlenül szükséges a gyakorlati ismereteket átadó és szemléletformáló oktatási módszerek alkalmazása. Ilyen pilot-programként valósult meg 2020-ban a PTE házi orvosi rezidensei részére egy félnapos demencia-szimulációs tréning, melynek pozitív fogadtatása megerősítette az innovatív szemlélet jó irányát és alkalmazhatóságát.

A kutatásaim hozzájárulhatnak ahhoz, hogy felhívja a háziorvosok és az egészségügyi szakmák figyelmét a demencia globális problémájára. Erre a kihívásra a magyar egészségügyi rendszernek, ezen belül a háziorvosoknak is fel kell készülnie. Ideális esetben a családorvos „kapuőr” funkciót tölt be, így a korai felismerés, az időben elkezdett terápia, a megfelelő kommunikáció és a családgondozás területén jelentős és kikerülhetetlen szereppel rendelkezik. A demencia ellátás területén végzett szakmai és társadalmi tevékenységgel szeretnék hozzájárulni, hogy a jövőben Magyarország is felzárkózzon a „demencia-tudatos” országok sorába, ezzel elősegítve az időskori demenciában szenvedő embertársaink és családjaik magasabb színvonalú és emberhez méltóbb ellátását.

## IRODALOMJEGYZÉK

1. Lobo, A., et al., *Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts*. *Neurology*, 2000. **54**(11): p. 54-59.
2. WHO. *Global burden of dementia in the year 2000*. 2020.03.13.]; Available from: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_dementia.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf).
3. Ferri, C.P., et al., *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *Lancet*, 2005. **366**: p. 2112-2117.
4. Érsek, K., et al., *A dementia epidemiologiaja Magyarországon*. *Ideggyogy Sz.*, 2010. **63**(5-6): p. 175-182.
5. Europe, A. *National Dementia Strategies: France*. 2016. 2020.09.17.]; Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy/National-Dementia-Strategies/France>.
6. Europe, A. *Policy in Practice: National dementia strategies*. 2018.10.12.]; Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies>.
7. Boise, L., M.B. Neal, and J. Kaye, *Dementia Assessment in Primary Care: Results From a Study in Three Managed Care Systems*. *Journal of Gerontology*, 2004. **59A**(6): p. 621-626.
8. Connolly, A., et al., *Underdiagnosis of dementia in primary care: variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence*. *Aging Ment Health*, 2011. **15**(8): p. 978-84.
9. Lang, L., et al., *Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis*. *BMJ Open*, 2017. **7**.
10. Boustani, M., et al., *Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care*. *J Gen Intern Med*, 2005. **20**(7): p. 572-7.
11. Iliffe, S., et al., *Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2009. **24**(9): p. 895-901.
12. Boise, L., et al., *Diagnosing Dementia: Perspectives of Primary Care Physicians*. *The Gerontologist*, 1999. **39**(4): p. 457-464.
13. Iliffe, S., et al., *Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: A modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups*. *Aging & Mental Health*, 2005. **9**(1): p. 1-6.
14. Pimlott, N.J.G., et al., *Family physicians and dementia in Canada Part 2. Understanding the challenges of dementia care*. *Canadian Family Physician*, 2009. **55**: p. 508-9.e1-7.
15. Koch, T. and S. Iliffe, *The role of primary care in the recognition of and response to dementia*. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2010. **14**(2): p. 107-109.
16. Lahjibi-Paulet, H., et al., *Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners*. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2012. **24**(4): p. 384-390.
17. Caruana-Pulpan, O. and C. Scerri, *Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners--a national survey*. *Aging Ment Health*, 2014. **18**(2): p. 179-86.
18. Gove, D., et al., *Stigma and GPs' perceptions of dementia*. *Aging Ment Health*, 2016. **20**(4): p. 391-400.
19. Barrett, J.J., et al., *Knowledge About Alzheimer Disease Among Primary Care Physicians, Psychologists, Nurses, and Social Workers*. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 1997. **11**(2): p. 99-106.

20. Koch, T., S. Iliffe, and E.-E. project, *Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review*. BMC Fam Pract, 2010. **11**: p. 52.
21. Pathak, K.P. and A. Montgomery, *General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia*. Aging Ment Health, 2015. **19**(10): p. 912-20.
22. *A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium és az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja*. . 2009; Available from: <https://docplayer.hu/5391806-A-demencia-korismezese-kezelese-es-gondozasa.html>.
23. Ott, A., et al., *Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study*. Bmj, 1995. **310**(6985): p. 970-973.
24. Clarfield, A.M., *The decreasing prevalence of reversible dementias. An updated meta-analysis*. Arch Intern Med., 2003. **163**: p. 2219-2229.
25. Europe, A. *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. 2019; Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>.
26. Fekete, M., *Demencia és társadalmi fenntarthatóság*. Esély, 2019. **2019/2.**: p. 31-53.
27. Europe, A. *Dementia in Europe Yearbook 2018. Comparison of national dementia strategies in Europe*. 2018 15 June 2020; Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>.
28. Degrell, I., A. Égerházi, and Z. Nemes, *A demencia kórismézése, kezelése és gondozása*. Pszichiátriai Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve, ed. A. Németh. 2011, Budakeszi: Medition Kiadó.
29. Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R. McHugh, *"Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians*. J Psychiatr Res, 1975. **12**: p. 189-198.
30. Kálmán, J., E. Maglóczky, and Z. Janka, *Óra rajzolási teszt: gyors és egyszerű demencia szűrő módszer*. Psychiatria Hungarica, 1995. **10**(1.): p. 11-18.
31. Agrell, B. and O. Dehlin, *The clock-drawing test*. Age and Ageing, 1998. **27**: p. 399-403.
32. Shulman, K.I., R. Shedletsky, and S.I. L., *The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly*. Int J Geriatr Psychiatry, 1986. **1**: p. 135-140.
33. Launer, L.J., et al., *Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. Results from EURODEM pooled analyses*. Neurology, 1999. **52**: p. 78-84.
34. Stern, Y., et al., *Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease*. JAMA, 1994. **271**: p. 1004-1010.
35. Singh-Manoux, A., et al., *Does cognitive reserve shape cognitive decline?* Ann Neurol, 2011. **70**(2): p. 296-304.
36. Cheng, S.-T., *Cognitive reserve and the prevention of dementia: the role of physical and cognitive activities*. Curr Psychiatry Rep, 2016. **18**(85).
37. Wang, H., *Nexus between cognitive reserve and modifiable risk factors of dementia*. Int Psychogeriatr, 2020. **32**(5): p. 559-562.
38. Van Dijk, E.J., et al., *The association between blood pressure, hypertension, and cerebral white matter lesions. Cardiovascular determinants of dementia study*. Hypertension, 2004. **44**(625-630).
39. Forette, F., et al., *The prevention of dementia with antihypertensive treatment. New evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Study*. Arch Intern Med, 2002. **162**: p. 2046-2052.
40. G.W., A., *The nature of prejudice*. 1954/1979, Cambridge: Addison-Wesley Publishing Company.

41. Vernooij-Dassen, M., et al., *Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma*. Int J Geriatr Psychiatry, 2005. **20**: p. 377-386.
42. Auffill, J., et al., *Discussion of memory during primary care visits of older adults with cognitive impairment and accompanying family*. Int J Geriatr Psychiatry, 2019. **34**: p. 1605-1612.
43. Brodaty, H., et al., *General practice and dementia. A national survey of Australian GPs*. Med J Aust, 1994. **160**(1): p. 10-14.
44. Boise, L., et al., *Delays in the diagnosis of dementia: perspectives of family caregivers*. Am J of Alzheimers Dis, 1999. **14**(1): p. 20-26.
45. Wackerbarth, S. and M. Johnson, *The carrot and the stick: benefits and barriers in getting a diagnosis*. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 2002. **16**(4): p. 213-220.
46. Bond, J., et al., *Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey*. International Journal of Clinical Practice, 2005. **59**: p. 8-14.
47. Wilkinson, D., et al., *Implications of the Facing Dementia Survey for health care professionals across Europe*. Int J Clin Pract Suppl, 2005. **146**: p. 27-31.
48. Connell, C.M. and M.P. Gallant, *Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness*. J Am Geriatr Soc, 1996. **44**(8): p. 1003-1009.
49. ADI. *World Alzheimer Report 2019*. 2020.04.08.  
; Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>.
50. WHO. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. Geneva, World Health Organization. 2019; Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/guidelines\\_risk\\_reduction/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/).
51. Turner, S., et al., *General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia*. Age Ageing, 2004. **33**(5): p. 461-7.
52. Subramaniam, M., et al., *General Practitioner's Attitudes and Confidence in Managing Patients with dementia in Singapore*. Ann Acad Med Singapore, 2018. **47**(3): p. 108-18.
53. Cahill, S., et al., *The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland*. Int J Geriatr Psychiatry, 2008. **23**(7): p. 663-9.
54. Petrazzuoli, F., et al., *Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries*. Int Psychogeriatr, 2017. **29**(9): p. 1413-1423.
55. Gove, D., et al., *General practitioners' perceptions of the stigma of dementia and the role of reciprocity*. Dementia (London), 2017. **16**(7): p. 948-964.
56. Brayne, C., C. Fox, and M. Boustani, *Dementia screening in primary care: is it time?* JAMA, 2007. **298**(20): p. 2409-2411.
57. Hinton, L., et al., *Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: Primary care physicians' perspectives*. J Gen Intern Med, 2007. **22**(11): p. 1487-1492.
58. Bunn, F., et al., *Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies*. PLOS Medicine, 2012. **9**(10): p. E1001331.
59. Hansen, E.C., et al., *General practitioners' experiences and understandings of diagnosis of dementia: factors impacting on early diagnosis*. Soc Sci Med, 2008. **67**(11): p. 1776-1783.
60. Mitchell, A.J., N. Meader, and M. Pentzek, *Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy*. Acta Psychiatr Scand, 2011. **124**(3): p. 165-83.

61. De Lepeleire, J., et al., *The primary care diagnosis of dementia in Europe: An analysis using multidisciplinary, multinational expert groups*. Aging and Mental Health, 2008. **12**(5): p. 568-576.
62. Carpenter, B. and J. Dave, *Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda*. The Gerontologist, 2004. **44**(2): p. 149-158.
63. Wilcock, J., et al., *Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice*. Aging and Mental Health, 2009. **13**(2): p. 155-161.
64. Van Hout, H., et al., *Do general practitioners disclose correct information to their patients suspected of dementia and their caregivers? A prospective observational study*. Aging and Mental Health, 2006. **10**(2): p. 151-155.
65. Bamford, C., et al., *Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review*. Int J Geriatr Psychiatry, 2004. **19**: p. 151-169.
66. Connell, C.M., et al., *Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians*. The Gerontologist, 2004. **44**(4): p. 500-507.
67. Downs, M., et al., *What do general practitioners tell people with dementia and their families about the condition?* Dementia (London), 2002. **1**: p. 47-58.
68. Csürke, J., et al., *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. 2014: Oriold és Társai Kft.
69. Fisk, J.D., et al., *Disclosure of the diagnosis of dementia*. Alzheimer's and Dementia, 2007. **3**(4): p. 404-410.
70. ADI. *World Alzheimer Report 2011*. 2011. 2020.06.15.; Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>.
71. Standridge, J.B., *Pharmacotherapeutic approach to the prevention of Alzheimer's disease*. Am J Geriatr Pharmacother, 2004. **2**(2): p. 119-132.
72. Heim, S., *Alzheimer Café Pécs*, in *Két év a családok szolgálatában: A kultúrával a családokért project tapasztalatai*, R. Görgöy, Editor. 2019.
73. Ahmad, S., et al., *GP's attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia*. British Journal of General Practice, 2010. **DOI: 10.3399/bjgp10X515386**.
74. De Vugt, M.E. and F.R.J. Verhey, *The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers*. Progress in Neurobiology, 2013. **110**: p. 54-62.
75. Leifer, B.P., *Early diagnosis of Alzheimer's disease: Clinical and economic benefits*. J Am Geriatr Soc, 2003. **51**(5 Suppl.): p. S281-S288.
76. Banerjee, S. and R. Wittenberg, *Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia*. Int J Geriatr Psychiatry, 2009. **https://doi.org/10.1002/gps.2191**.
77. Barnett, J.H., et al., *Early intervention in Alzheimer's disease: a health economic study of the effects of diagnostic timing*. BMC Neurology, 2014. **14**: p. 101.
78. Grosvenor, W., et al., *Time for Dementia: an innovation in education*. Journal of Paramedic Practice, 2017. **9**(11): p. 470-474.
79. Banerjee, S., et al., *How do we enhance undergraduate healthcare education in dementia? A review of the role of innovative approaches and development of the Time for Dementia Programme*. Int J Geriatric Psychiatry, 2017. **32**: p. 68-75.
80. Cashin, Z., et al., *Involving people with dementia and their carers in dementia education for undergraduate healthcare professionals: a qualitative study of motivation to participate and experience*. International Psychogeriatrics, 2019. **31**(6): p. 869-876.
81. Veneziani, F., et al., *Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail?* Int Psychogeriatr, 2016. **28**(7): p. 1111-24.

82. Dreier-Wolfgramm, A., et al., *Dementia care management in primary care : Current collaborative care models and the case for interprofessional education*. *Z Gerontol Geriatr*, 2017. **50**(Suppl 2): p. 68-77.
83. Iliffe, S., et al., *Dementia diagnosis and management in primary care, Developing and testing educational models*. *Dementia*, 2002. **1**: p. 11-23.
84. Liu, J.Y.W., et al., *Attitudes in the Management of Patients with Dementia: Comparison in Doctors with and without Special Training*. *East Asian Arch Psychiatry*, 2013. **23**: p. 13-20.
85. Harmand, M.G., et al., *Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study*. *Aging Ment Health*, 2018. **22**(8): p. 1046-1055.
86. Murphy, K., et al., *Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework*. *Implementation Science*, 2014. **9**(31).
87. Downs, M., et al., *Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study*. *BMJ*, 2006. **332**(7543): p. 692-6.
88. Rondeau, V., et al., *General practice-based intervention for suspecting and detecting dementia in France: a cluster randomized controlled trial*. *Dementia* 2008. **7**(4): p. 433-450.
89. Perry, M., et al., *Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011. **26**: p. 1-11.
90. Kálmán, J. and E. Papp, *"Ki korán szűr..." - A demencia prodroma (enyhe kognitív zavar) felismerése és jelentősége az alapellátásban*. *Orvostovábbképző Szemle*, 2011. Július. **Különszám**.
91. Galvin, J.E. and C.H. Sadowsky, *Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia*. *J Am Board Fam Med*, 2012. **25**: p. 367-382.
92. Boustani, M., *Dementia screening in primary care: Not too fast!* *J Am Geriatr Soc*, 2013. **61**(7): p. 1205-1207.
93. Giezendanner, S., et al., *Early diagnosis and management of dementia in general practice - how do Swiss GPs meet the challenge?* *Swiss Med Wkly.* , 2018. **148**: p. w14695.
94. Somme, D., et al., *General practitioner's clinical practices, difficulties and educational needs to manage Alzheimer's disease in France: analysis of national telephone-inquiry data*. *BMC Fam Pract*, 2013. **14**(81).
95. McIntosh, I.B., et al., *General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia*. *Health Bulletin*, 1999. **57**(1): p. 35-43.
96. Dyer, A.H., et al., *Dementia diagnosis and referral in general practice: a representative survey of Irish general practitioners*. *Ir Med J*, 2018. **111**(4): p. 735.
97. Thyrian, J.R. and W. Hoffmann, *Dementia care and general physicians - a survey on prevalence, means, attitudes and recommendations*. *Cent Eur J Public Health*, 2012. **20**(4): p. 270-275.
98. Harris, D.P., et al., *Primary care providers' views of challenges and rewards of dementia care relative to other conditions*. *J Am Geriatr Soc*, 2009. **57**: p. 2209-2216.
99. Bradford, A., et al., *Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors*. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2009. **23**(4): p. 306-314.
100. Pimlott, N.J.G., et al., *Family Physicians and dementia in Canada, Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions*. *Canadian Family Physician*, 2009. **55**: p. 506-7.e1-5



101. O'Brien, J.T., et al., *Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology*. J Psychopharmacol, 2017. **31**(2): p. 147-168.
102. Van Hout, H., et al., *General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles*. Patient Education and Counseling, 2000. **39**: p. 219-225.
103. Stewart, T.V., et al., *Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network*. J Am Board Fam Med, 2014. **27**(2): p. 275-83.
104. Renshaw, J., et al., *General practitioners' views on the early diagnosis of dementia*. British Journal of General Practice, 2001. **51**: p. 37-38.
105. Irving G., et al., *International variations in primary care physicians consultation time: a systematic review of 67 countries*. BMJ Open, 2017. **7**(10).
106. Pucci, E., et al., *General practitioners facing dementia: are they fully prepared?* Neurol Sci, 2004. **24**(6): p. 384-9.
107. Cahill, S., et al., *Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners*. Int J Geriatr Psychiatry, 2006. **21**(4): p. 319-24.
108. Olazarán, J., et al., *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's Disease: A systematic review of efficacy*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2010. **30**: p. 161-178.
109. Farina, N., et al., *Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review*. Alzheimer's and Dementia, 2017.
110. Martinez-Lage, P., et al., *Assessing physician attitudes and perceptions of Alzheimer's disease across Europe*. The Journal of Nutrition, Health and Aging, 2010. **14**(7): p. 537-544.
111. Iliffe, S., J. Manthorpe, and A. Eden, *Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study*. Family Practice, 2003. **20**(4): p. 376-381.
112. Iliffe, S. and J. Wilcock, *The identification of barriers to the recognition of, and response to, dementia in primary care using a modified focus group approach*. Dementia (London), 2005. **4**(1): p. 73-85.
113. Milne, A.J., et al., *Early diagnosis of dementia by GPs: an exploratory study of attitudes*. Aging and Mental Health, 2000. **4**(4): p. 292-300.
114. Milne, A.J., K. Hamilton-West, and E. Hatzidimitriadou, *GP attitudes to early diagnosis of dementia: Evidence of improvement*. Aging and Mental Health, 2005. **9**(5): p. 449-455.
115. Ólafsdóttir, M., M. Foldevi, and J. Marcusson, *Dementia in primary care: why the low detection rate?* Scand J Prim Health Care, 2001. **19**: p. 194-198.
116. Rubin, S.M., M.L. Glasser, and M.A. Werckle, *The examination of physicians' awareness of dementing disorders*. J Am Geriatr Soc, 1987. **35**(12): p. 1051-1058.
117. Downs, M., et al., *Caring for patients with demencia: The GP perspective*. Aging and Mental Health, 2000. **4**(4): p. 301-304.
118. Downs, M., et al., *Caring for patients with dementia: The GP perspective*. Aging and Mental Health, 2000. **4**(4): p. 301-304.
119. Prince, M., et al., *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia*. , A.s.D. International, Editor. 2016.
120. Iliffe, S., et al., *Dementia diagnosis in primary care: thinking outside the educational box*. Aging Helath, 2009. **5**(1): p. 51-59.
121. Boustani, M., et al., *Screening for dementia in primary care: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Forces*. Ann Intern Med, 2003. **138**(11): p. 927-37.
122. Callahan, C.M., et al., *Integrating Care for Older Adults with Cognitive Impairment*. Curr Alzheimer Res, 2009. **6**(4): p. 368-374.

123. Iliffe, S., J. Wilcock, and D. Haworth, *Obstacles to Shared Care for Patients with Dementia: A qualitative study*. Family Practice, 2006. **23**(3): p. 353-362.
124. Iliffe, S. and J. Manthorpe, *The recognition of and response to dementia in the community: lessons for professional development*. Health and Social Care, 2004. **3**(1): p. 5-16.
125. Harvey, R.M., et al., *Models of Physician Education for Alzheimer's Disease and Dementia: Practical Application in an Integrated Network*. Clinical Gerontologist, 2006. **29**(2): p. 11-23.
126. Foster, N.L., *Barriers to treatment: The unique challenges for physicians providing dementia care*. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2001. **14**: p. 188-198.
127. Luconi, F., *Exploring rural family physicians' learning from a web-based continuing medical education program on Alzheimer's Disease: a pilot study* 2008, McGill University: Montreal.
128. Turner, S., et al., *Decision support software for dementia diagnosis and management in primary care: Relevance and potential*. Aging and Mental Health, 2010. **7**(1): p. 28-33.
129. Waldorff, F.B., et al., *The effect of reminder letters on the uptake of an e-learning programme on dementia: a randomized trial in general practice*. Family Practice, 2009. **26**: p. 466-471.

## PUBLIKÁCIÓK

### Az értekezés tárgyát képező idegennyelvű közlemények:

**Heim,Sz** ; Busa,Cs ; Pozsgai,É ; Csikós,Á ; Papp,E ; Pákáski,M ;Kálmán,J ; Hajnal,F ; Karádi,K: Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care Primary Health Care Research and Development, , 20 Paper: e92, 6 p. (2019)

Imre,N ; Balogh,R ; Papp,E ; Kovács,I ; **Heim,Sz** ; Karádi,K ; Hajnal,F ; Kálmán,J ; Pákáski,M : Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: a cross-sectional, questionnaire study from Hungary Educational Gerontology 45 : 8 pp. 495-505., 11 p. (2019)

Balogh,R ; Imre,N ; Papp,E ; Kovács,I ; **Heim,Sz** ; Karádi,K ; Hajnal,F ; Pákáski,M ; Kálmán,J: Dementia in Hungary: general practitioners' routines and perspectives regarding recognition European Journal of General Practice, <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1673723>

### Az értekezés tárgyát képező magyar nyelvű közlemények:

**Heim Sz.:** „Szűrni vagy nem szűrni?” – A demencia korai felismerésének dilemmái a házi orvos szemszögéből  
Medical Tribune, 6. szám  
2020. június

**Heim Sz.:** Demenciával élők és gondozóik helyzete a COVID-19 pandémia idején – javaslatok az Alzheimer Europe állásfoglalása alapján  
Medicus Universalis, E-medicus, V. lapszám, 2020. ápr. 22., 34-40-o.  
(<http://medicusuniversalis.hu/attachments/article/121/Medicusonline%205..pdf>)

**Heim Sz.:** Időskori demenciák a házi orvosi gyakorlatban  
Granum, Vol. XIX., No. 3., 2016. okt., 8-12.o.

### Az értekezés tárgyát nem képező magyar nyelvű közlemények:

**Heim Sz.:** Graduális oktatás – 1 hetes nyári kommunikációs gyakorlat  
Medicus Universalis Essence, VIII. évf., 2015. aug.

**Heim Sz., Szabó A., Balogh S.:** Komplex betegellátás fejlesztése az Ormánságban  
Medicus Universalis, 2013

**Heim Sz.:** A korai diagnózis jelentősége a mozgásszervi betegségek prevenciójában: egy spondylitis ankylopoetica-ban szenvedő beteg kálváriája  
Medicus Universalis, Vol. XXXVII., No. 2., 2004. ápr., 75-78.o.

**Heim Sz., Végh M., Bán I., Csikós Á., Rinfel J., Nagy L.:** „Lépésről lépésre” – avagy oktatási rendszerünk tovább fejlesztése az ohio-i tapasztalatok alapján  
Medicus Universalis

**Heim Sz., Nagy L.:** II. Intézeti Továbbképzés a PTE ÁOK Családorvostani Intézetében – Kommunikációs készségek fejlesztése.  
Medicus Universalis Vol. XXXIII., No. 6., 2000. dec., 417.o.

**Heim Sz., Nagy L.:** Graduális oktatás az USA-ban – Ohio-i tanulmányút tapasztalatai.  
Medicus Anonymus, Vol.VIII., No. 12, 2000., 8.o.

**Heim Sz., Nagy L.:** Graduális oktatás az ohio-i NEOUCOM egyetemen. MÁOTE IX.  
Vándorgyűlés, Medicus Universalis Vol. XXXIII., 2000. aug., 280-281.o.

Kopjár G., **Heim Sz.**, Pinter J.: Cavinton® hatás vizsgálata pszichés terhelésben dolgozóknál.  
MAOTE IX. Vándorgyűlés, Medicus Universalis Vol. XXXIII., 2000. aug., 283.o.

### **Könyvfejezetek, tanulmányok:**

„Időskori demenciával élők palliatív ellátása” című fejezet  
Palliatív ellátás (Szerkesztő: Dr. Csikós Ágnes)  
Medicina Könyvkiadó Zrt.  
2022.

„Demenciával élők és családtagjaik életminőségének vizsgálata” című kutatási jelentés – A  
szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása” (EFOP 1.9.4-VEKOP-  
16-2016-00001) című kiemelt projekt  
2021.

„Oktatástechnikai kézikönyv családorvosok részére” - Egészségügyi ellátórendszer szakmai  
módszertani fejlesztése (EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001) című projekt  
Akadémiai Kiadó, ISBN: 978 963 454 608 5, DOI: [10.1556/9789634546085](https://doi.org/10.1556/9789634546085)  
2020.

„SOS Demencia. Együttműködés az Alzheimer és demencia ellen.” című tananyag szakmai  
lektorálása. Készült a „Felkészülés az aktív időskorra” című 2018-1-HU01- KA204-047707  
azonosító számú ERASMUS + projekt keretében

„Alzheimer Café Pécs” című könyvfejezet – Két év a családok szolgálatában: A kultúrával a  
családokért projekt tapasztalatai. (Szerkesztő: Görgöy Rita)  
Az Európai Szociális Alap EFOP-1.2.1-15-2016-00525 programja  
2019.

„Időskori demenciával élők palliatív ellátása- tanácsok gondozóknak” című és a  
„Háziorvosok szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásába” című kutatási  
jelentések  
Interprofesszionális Demencia Alapprogram (INDA)-TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-007. számú  
projekt keretén belül  
2015. aug-szept.

„Időskori demenciával élők palliatív ellátása” című fejezet  
Palliatív ellátás – egyetemi jegyzet Szerk: Dr. Csikós Ágnes  
TÁMOP-4.1.1.C-13/1/KONV-2014-001 számú projekt keretén belül tananyagfejlesztés  
[https://hospice.hu/docu/Palliativ-ellatas\\_egyetemi-jegyzet.pdf](https://hospice.hu/docu/Palliativ-ellatas_egyetemi-jegyzet.pdf)  
2015. aug.

„Családorvostan elmélete és gyakorlata képzésfejlesztés:  
Elesés 2. Az egyensúly és a mozgás zavarai”  
Internetes szakmai tartalom fejlesztése  
TÁMOP 4.1.2./2-10/1. Project  
2010. nov.

### **Előadások:**

**Heim Sz., Nagy Zs., Busa Cs.:**  
„Szűrni vagy nem szűrni?” – háziiorvosi szerepvállalás a demencia korai felismerésében  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XIX. Konferenciája  
2020. február 27-29.  
Győr

**Heim Sz.:**  
A demenciák korai diagnózisát segítő és gátló tényezők háziiorvosi szemmel  
„Az öregedés aktuális kérdései” című 22. Soproni Tudományos Tanácskozás  
2019. október 14-15.  
Sopron

**Heim Sz.:**  
Alzheimer Cafék és háziiorvosok együttműködése: az oktatás jelentősége a háziiorvosi  
szerepvállalás vonatkozásában  
Alzheimer Café Találkozó és Konferencia  
2019. április 12-13.  
Győr

**Heim Sz., Nagy Zs., Busa Cs.:**  
Demencia és alapellátás - az oktatás szerepe a háziiorvosi szerepvállalás vonatkozásában  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XVIII. Konferenciája  
2019. február 28.-március 2.  
Hajdúszoboszló

**Heim Sz., Busa Cs., Pozsgai É., Karádi K.:**  
Az oktatás és a háziiorvosi attitűd kapcsolata a demenciák ellátásában  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XVII. Konferenciája  
2018. február  
Harkány

**Heim Sz.:**  
A demenciával élők otthoni ápolásának szempontjai a háziiorvos szemszögéből  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XVI. Konferenciája  
2017. február  
Szeged

**Sz. Heim, Cs. Busa, K. Karadi, E. Papp, M. Pakaski, J. Kalman, F. Hajnal:**  
Roles and attitudes of Hungarian family physicians regarding dementia and Alzheimer's  
disease care  
31th International Conference of Alzheimer's Disease International, 21-24. April, 2016.  
Budapest, Hungary

**Heim Sz.:**

A demenciával élők palliatív ellátása  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XV. Konferenciája  
2016. február 25.- február 27.  
Budapest

**HeimSz.:**

A családorvos szerepe a demencia ellátásban  
INDA (Interprofesszionális Demencia Alap Program) Konferencia  
2015. Okt. 13-14.  
Matraverebély

**Heim Sz.:**

A családorvos szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásában – diagnosztikai, terápiai és gondozási vonatkozások  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XIV. Konferenciája  
2015. február 26.- február 28.  
Hajdúszoboszló

**Heim Sz., Csergő Á., Busa Cs., Karádi K.:**

A házi orvosok attitűdje a demenciák szűrésével, gondozásával kapcsolatban  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XIV. Konferenciája  
2015. február 26.- február 28.  
Hajdúszoboszló

**Heim Sz., Karádi K., Deák I.:**

A házi orvosok attitűdje az Alzheimer kór diagnosztikája és kezelése kapcsán  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XIII. Konferenciája  
2014. február 28.- március 1.  
Pécs

**Heim Sz., Karádi K., Deák I.:**

A házi orvosok attitűdje az Alzheimer kór diagnosztikája és kezelése kapcsán  
XIII. Alzheimer-kór Konferencia és a Magyar Neuropathológiai Társaság 2013. évi Kongresszusa  
2013. szeptember 20-21.  
Debrecen

**Sz. Heim, A. Szabó:**

Development of Complex Health Care in Ormansag  
1<sup>st</sup> Conference on Tackling Health Inequalities through Human Resource Capacity Building in Europe  
2013. szeptember 5-7.  
Pécs

**Heim Sz., Menyhárt M., Tóth M., Késmárki I.:**

Alzheimer kór irányába történő demencia szűrés tapasztalatai baranya megyei házi orvosi praxisokban  
Családorvos Kutatók Országos Szervezetének (CSAKOSZ) XII. Konferenciája  
2013. február 22-23.  
Mórahalom

**Heim Sz., Menyhárt M:**

Alzheimer kórbán szenvedő beteg a családban – a magyar házi orvos szerepe  
Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság XXXV. Kongresszusa  
2012. november 9-10.  
Zalaegerszeg

**Heim Sz.:**

Alzheimer-kór, a jövő kihívása: franciaországi tanulmányút tapasztalatai  
Baranya Megyei Házi orvosok Fóruma  
2012. szeptember 27.  
Sellye

**Heim Sz.:**

Komplex betegellátás fejlesztése az Ormánságban  
CSAKOSZ XI. konferenciája  
2012. február  
Budapest

**Heim Sz.:**

Az orvosi kommunikáció nehézségei idegen nyelven: oktatási és gyakorlati tapasztalatok  
CSAKOSZ X. konferenciája  
2011. február  
Hajdúszoboszló

**Heim Sz., Nagy L.:**

Családorvos jelöltek farmakoterápiai tudásszintjének felmérése – a káros  
gyógyszeresemények tükrében  
CSAKOSZ VIII. Konferenciája  
2009. február  
Szeged

**Heim Sz., Végh M., Dormán H., Nagy L. :**

Idős beteg ápolását vállaló családtagok depresszióját és lelki megterhelését befolyásoló  
körülmények és ezek összefüggéseinek elemzése  
CSAKOSZ VII. Konferenciája  
2008. február 29-március 01.  
Budapest

**Heim Sz., Végh M., Dormán H., Nagy L. :**

Lelki megterhelés és depresszió előfordulása idős beteg ápolását vállaló családtagoknál  
Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság XXX. És a Preventív Gerontológiai és Geriátriai  
Társaság V. Kongresszusa  
2007. november 08-10.  
Pécs

**Heim Sz., Végh M., Dormán H., Nagy L. :**

Idős családtag ápolásának hatása a gondozó testi és lelki egészségére  
Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság IV. Kongresszusa és IAAMRH European  
Chapter Konferenciája  
2007. június 14-16.  
Horvátzsidány-Peresznye

**Heim Sz.,** Végh M., Dormán H., Nagy L. :  
Idős családtag gondozásának problémái és hatása a gondozó testi és lelki egészségére  
CSAKOSZ VI. Konferenciája  
2007. február 23-24.  
Hajdúszoboszló

**Sz. Heim,** Végh M., Rinfel J., Csikós Á., Bán I., Nagy L. :  
Development of educational programs in family medicine with the help of international  
collaborations  
„EURACT Council-Hungarian family doctors get together” Meeting  
2005. április 22.  
Miskolc

**Sz. Heim,** Végh M., Rinfel J., Csikós Á., Bán I., Nagy L. :  
Development of educational programs in family medicine with the help of international  
collaborations  
European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) Szimpózium  
2004. május 7-8.  
Dubrovnik, Horvátország

**Heim Sz.,** Stéger M., Nagy L.:  
Az orvostanhallgatók szerepének növelése a családorvosi kutatómunkában  
Családorvos Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ) III. Kongresszusa  
2004. március 5-6.  
Budapest

**Heim Sz.:**  
A korai diagnózis jelentősége a mozgásszervi betegségek prevenciójában spondylitis  
ankylopoetica-ban szenvedő betegem kálváriájának bemutatásán keresztül.  
Baranya Megyei Háziorvosok XIV. Fóruma  
2003. szeptember 12-14.  
Szigetvár

**Heim Sz.:**  
A korai diagnózis jelentősége a mozgásszervi betegségek prevenciójában spondylitis  
ankylopoetica-ban szenvedő betegem kálváriájának bemutatásán keresztül.  
Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének (MAOTE) VIII. Kongresszusa  
2002. október 25-27.  
Balatonfüred

**Heim Sz.,** Bán I., Csikós Á., Rinfel J., Nagy L.:  
„Lépésről lépésre” – avagy oktatási rendszerünk fejlesztése ohio-i tapasztalatok alapján  
Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének (MAOTE) X. Vándorgyűlése  
2001. október 5-7.  
Debrecen

**Heim Sz.,** Nagy L.:  
A családorvostan graduális oktatása az USA-ban. Ohio-i tanulmányút tapasztalatai  
MÁOTE IX. Vándorgyűlése  
2000. szeptember 15-17.  
Sopron



Kopjar G., **Heim Sz.**, Pinter J.:  
Cavinton□ hatás vizsgálata pszichés terhelésben dolgozóknál  
MÁOTE IX. Vándorgyűlése  
2000. szeptember 15-17.  
Sopron

**Heim Sz.**, Kopjár G.:  
Fiatal colitis ulcerosa-ban szenvedő betegünk gondozási problematikája  
MÁOTE VIII. Vándorgyűlése  
1999. október 8-10.  
Pécs

**Heim Sz.**, Trompos K.:  
Májátültetés problematikája fiatal cryptogen cirrhosis-os betegünkknél  
MÁOTE VII. Vándorgyűlése  
1998. október 2-4.  
Szeged

**Heim Sz.**, Trompos K.:  
Fiatal APC (aktivált protein-C) rezisztenciában szenvedő betegünk tanulságos kórtörténete  
MÁOTE VI. Vándorgyűlése  
1997. október  
Balatonfüred

**Poszter bemutatók:**

**Sz. Heim**, A. Csergő, Cs. Busa, K. Karádi:  
Attitudes of hungarian family physicians regarding to screening and care of the Alzheimer's  
disease (poster presentation in English)  
25th Alzheimer Europe Conference  
2015. szeptember 2-4.  
Ljubljana, Szlovénia

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom témavezetőmnek Dr. Karádi Kázmérnak, aki nagy szakmai tapasztalatával, kiváló kutatói szemléletével, végtelen türelmével és rendületlen segítőkészségével végig támogatott kutatásaimban és a dolgozat elkészülésében.

Hálás köszönetet mondok intézetem vezetőinek, akik valamennyien támogattak szakmai, oktatói és kutatói pályafutásom során. Legelsősorban Prof. dr. Nagy Lajosnak, aki elindított és irányt mutatott oktatói-kutatói pályámon, hosszú évekig támogatott minden szakmai törekvésem és tapasztalatszerzésem útján, Prof. dr. Balogh Sándornak aki bizalmat szavazott nekem és támogatott PhD. tanulmányaim elindításában, valamint Dr. Csikós Ágnesnek aki mind szakmailag, mind emberileg lendületet, erőt és támogatást adott ennek a hosszú munkának a befejezéséhez.

Nagy hálát érezve mondok köszönetet Dr. Menyhárt Miklósnak, aki felhívta a figyelmemet a demenciával élők helyzetére és franciaországi tanulmányutam lehetővé tételével elindított ezen az úton. Elhivatottsága a demenciával élők ügye iránt mindvégig példaértékű iránymutatás volt számomra.

Köszönettel tartozom a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátria Klinika közös vizsgálatunkban résztvevő munkatársainak, különösen Prof. dr. Kálmán Jánosnak, aki óriási szakmai tapasztalatával, iránymutatásával támogatta, hogy kutatási együttműködés keretében a házi orvosokat vizsgáló, hiánypótló kutatásunk megvalósuljon.

Köszönetemet fejezem ki az Alapellátási Intézet minden dolgozójának, akiktől az évek során sok szakmai segítséget és emberi támogatást kaptam. Különösen hálás köszönet mondok Busa Csillának, aki valamennyi kutatásomban segítségemre volt, valamint Dr. Bellyeiné Dr. Pozsgai Évának, aki az angol nyelvű cikkem elkészítéséhez lendületet és nagy segítséget adott.

Köszönetet mondok az évek során velem dolgozó TDK hallgatóimnak, akik engem is inspirálva lelkesen és nagy szorgalommal vettek részt a demencia ellátással kapcsolatos programokban. Külön köszönetemet szeretném kifejezni közülük Dr. Csergő Ágnesnek, aki 2014-ben és Dr. Nagy Zsanettnak, aki 2019-ben segítségemre volt a kutatási adatbázisok elkészítésében.

Legfontosabb köszönetemet mondom családomnak.

Legelsősorban szüleimnek, akik nagy szeretettel neveltek, indítottak el orvosi pályámon, életem során mindig mellettem álltak és támogattak szakmai és családi életemben. Töretlenül bíztak bennem és minden pillanatban szeretetüket és büszkeségüket sugározták felém.

Férjemnek, aki nagyszerű ember és minden szakmai törekvésemben támogatott, biztosította számomra az időt és a nyugodt családi háttérrel. Külön köszönet az informatikai háttérben és a dolgozat szerkesztésében nyújtott gyakorlati segítségért.

Nagy köszönet gyermekeimnek, Lilinek, Dórinak, Petinek és Andrisnak, akik hosszú évek óta követik ennek a dolgozatnak az elkészülését és lelkesedésükkel, szeretetükkel, bátorításukkal támogattak ezen az úton.

Külön köszönetemet szeretném kifejezni nagynénémnek, Dr. Donhoffer Hildának, aki korát meghazudtoló aktivitással nyújtott segítséget angol nyelvű cikkem lektorálásában. Nagy büszkeséggel és hálával gondolok rá.

# MELLÉKLETEK

## MELLÉKLET I.

### HÁZIORVOSI VÉLEMÉNY A DEMENCIA ALAPELLÁTÁSRÓL

Kedves Kolléga!

Az idősödő társadalom mindannyiunk közös problémája, hiszen a gerontológiai megbetegedések – így a demens betegek - számának növekedése szakmai összefogást sürget.

A „*Háziorvosi vélemény a demencia alapellátásról*” adatfelvételi ív azt a célt szolgálja, hogy megismerjük a magyar alapellátás demencia felismeréssel kapcsolatos jelenlegi **szokásait**, az Ön **tapasztalatait**, valamint szeretnénk, ha megosztaná velünk **véleményét** a demencia alapellátás fejlesztésével, a hazai **demencia szűrés** bevezetésével kapcsolatban.

Az anonim kérdőív kitöltése önkéntes. A válaszadással abban segíti a mi és az Önök későbbi munkáját, hogy a magyar demencia alapellátás protokollja az Ön véleményének és igényeinek figyelembevételével készülhet el.

Válaszait köszönjük!

Szeged, 2014. március

Prof. Dr. Hajnal Ferenc  
Háziorvostani Szakmai Kollégium elnöke  
Magyar Alzheimer Szekció elnöke

Prof. Dr. Kálmán János  
SZTE-ÁOK Pszichiátriai Klinika

Dr. Heim Szilvia  
PTE ÁOK Családorvostani Intézet  
PhD. hallgató, oktató családorvos

Papp Edina  
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika  
Klinikai szakpszichológus

## AZ ÖN PRAXISÁNAK JELLEMZŐI

**Karikázza be a helyes választ!**

<b>1.Praxis helye</b>	főváros	megye- székhely	város	falu	
<b>2.Az Ön neme</b>	férfi	nő			
<b>3.Az Ön életkora (év)</b>	25-35	36-45	46-55	56-65	> 66
<b>4.Hány éve praktizál háziorkosként? (év)</b>	0-10	11-20	21-30	31-40	> 40
<b>5.Hány fő van praxisában? (fő)</b>	<600	600-1000	1000-1500	1500-2000	>2000
<b>6.Mekkora az átlagos napi betegforgalma?</b>	<30	30-40	40-50	50-60	>60

**7. Mikor gondol Ön elsősorban demencia fennállására? (A három legjellemzőbb választ jelölje meg)**

- a) a beteg memóriazavarról panaszkodik egy alkalommal
- b) a beteg memóriazavarról panaszkodik több alkalommal
- c) a hozzátartozó jelez jellemző tüneteket
- d) tájékozódási képesség jelentős romlása
- e) üldözési mánia, gyanakvás
- f) hangulatzavar
- g) visszahúzódás, inaktivitás, passzívvá válás
- h) inadekvát viselkedés, agresszivitás

**8. Gyanú esetén végez-e Ön praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?**

- a) igen
- b) nem

**9. Melyik tesztet használja a mindennapi munkájában a demencia súlyosságának felmérésére? (Több választ is bejelölhet.)**

- a) Mini-Mentál Teszt
- b) Óra Rajzolású Teszt
- c) Írás vizsgálata
- d) Tér-idő orientációs kérdések
- e) Egyéb speciális szűrőteszt, ha igen mit?:
- f) nem használok semmilyen

**10. Ha nem használ demencia tesztet, mi az oka?**

- a) egyet sem ismerek, nem áll rendelkezésemre ilyen teszt
- b) nincs rá idő a rendelésem alatt
- c) nem tartom fontosnak
- d) a memóriazavar idős korban sok esetben természetes folyamat
- e) nem akarom a beteget vagy a hozzátartozót megrémíteni
- f) megnéztem fél év múlva
- g) szakorvosi feladat
- d) egyéb.....

**11. Az Ön tapasztalata szerint általában milyen stádiumban kerül diagnózisra a demencia?**

- a) enyhe
- b) középsúlyos
- c) súlyos

**12. Mikor küldi Ön legjellemzőbben szakorvoshoz a beteget memória zavar esetén? (Max. három jelölhető meg)**

- a) Gyanú esetén, ha a beteg kéri
- b) Gyanú esetén, ha a hozzátartozó kéri
- c) Minden esetben
- d) Amikor a család már nem boldogul
- e) Amikor a beteg már nem képes magát ellátni
- f) Nyilvánvaló, súlyos tünetek esetén
- g) Szuicid szándék esetén

**13. Ha nem kerül memória zavar esetén szakorvoshoz a beteg, annak Ön szerint mi az oka legjellemzőbben? (max. három jelölhető meg)**

- a) önellátásra még képes a beteg, így korai
- b) hozzátartozói felügyelet megoldott
- c) rossz anyagi helyzetű a beteg
- d) nagyon súlyos állapotú a beteg (szociális otthonba kerül)
- e) nem együttműködő a beteg
- f) szakemberek hiánya
- g) nem elérhetőek a szükséges szakellátó helyek
- h) stigmatizáció

**14. Van-e memória szakrendelés az Ön közelében?**

- a) igen
- b) nem
- c) nem tudom

**15. Megfelelőnek tartja-e környezetében a demencia ellátást segítő szakorvosi háttérrel? (Jelölje a skálán)**

Egyáltalán nem megoldott    1 – 2 – 3 – 4 – 5    Teljesen megoldott

Mi a véleménye háziorként? (Jelölje be X-szel választát.)	Teljes mértékben egyetérték	Többnyire egyetérték	Nem tudom eldönteni	Kevésbé érték egyet	Egyáltalán nem érték vele egyet
16.A kognitív funkciók szűrése fontos az alapellátásban.					
17.A kognitív funkciók szűrése szakorvosi feladat					
18.A szűrés az alapellátásban jobb terápiás eredményekhez vezet.					

**19. Mit érez Ön demens/Alzheimer-kóros betege esetén?**

- |                       |              |                   |               |
|-----------------------|--------------|-------------------|---------------|
| a) megrendülés        | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |
| b) rosszul érzi magát | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |
| c) sajnálat           | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |
| d) tehetetlenség      | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |
| e) szomorúság         | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |
| f) bizonytalanság     | nem jellemző | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | igen jellemző |

**20. Ön szerint a demenciák terápiája: (jelölje skálán)**

- a) egyszerű 1 – 2 – 3 – 4 – 5 bonyolult, összetett
- b) nem igényel sok figyelmet 1 – 2 – 3 – 4 – 5 sok figyelmet igényel
- c) könnyű 1 – 2 – 3 – 4 – 5 nehéz

**21. Hogyan ítéli meg az Alzheimer-kór terápiájában alkalmazott készítményekkel kapcsolatos ismereteit?**

- a) Donezepil alig, felületes 1 – 2 – 3 – 4 – 5 mélyreható, alapos
- b) Memantin alig, felületes 1 – 2 – 3 – 4 – 5 mélyreható, alapos
- c) Rivastigmin alig, felületes 1 – 2 – 3 – 4 – 5 mélyreható, alapos

**22. Milyen egyéb gyógyszereket, kiegészítő készítményeket ajánl betegének memória zavar estén? (Több válasz is megjelölhető)**

- a) Sermion
- b) Cavinton Forte
- c) Piracetam
- d) E-vitamin
- e) Multivitaminok
- f) Ginko biloba készítmények
- g) egyéb, éspedig:.....
- h) nem ajánlok

**23. Tapasztalata szerint mi okozza a legnagyobb problémát az Alzheimer-kóros (demens) betegek otthoni ellátásában, gondozásában? (Az öt legjellemzőbbet jelölje meg)**

- a) stresszhelyzet a családban
- b) támogató családi háttér hiánya
- c) a hozzátartozó kimerül
- d) kritikus az együttműködés a beteggel
- e) anyagi nehézségek
- f) a beteg felügyeletének megoldása
- g) speciális nappali ellátás hiánya
- h) szükség esetén átmeneti gondozó egység hiánya
- i) szükség esetén megfelelő tarós bentlakásos egység hiánya
- j) társadalmi stigmatizáció
- k) demenciára specializált szakemberek hiánya

**Egyéb tapasztalat, vélemény:.....**

**24. Az utóbbi két évben részt vett-e demenciával kapcsolatos képzésen, előadáson?**

- a) igen
- b) nem

**25. Milyen formáit tartja leghatékonyabbnak a demenciával kapcsolatos képzéseknek?**

- a) továbbképzés
- b) konferencia
- c) közlemény
- d) speciális tréning
- e) internet

**Köszönjük közreműködését!**

## MELLÉKLET II.

### AZ IDŐSKORI DEMENCIÁK HÁZIORVOSI DIAGNOSZTIKÁJA (2019), VALAMINT A FELISMERÉST ÉS GONDOZÁST SEGÍTŐ ÉS GÁTLÓ TÉNYEZŐK

Tisztelt Háziorvos Kolléga!

Dr. Heim Szilvia oktató családorvos, PhD. hallgató vagyok. Tudományos munkám keretében demenciával kapcsolatban végzek kutatást, a háziorvosok demencia ellátással kapcsolatos szokásait, a diagnosztikát segítő és gátló tényezőket mérem fel. Ehhez szeretnék segítségét kérni a kérdőív kitöltésével.

Köszönettel: Dr. Heim Szilvia, oktató családorvos

AZ ÖN PRAXISÁNAK JELLEMZŐI						
Karikázza be az önre jellemzőt!						
1. Praxisának helye	főváros 1.	megye- székhely 2.	város 3.	falu 4.		
2. Az Ön neme	férfi 1.	nő 2.				
3. Az Ön életkora (év)	25-35 1.	36-45 2.	46-55 3.	56-65 4.	> 66 5.	
4. Mekkora az átlagos napi betegforgalma?	<30 1.	30-40 2.	40-50 3.	50-60 4	>60 5.	

5. Az utóbbi két évben részt vett-e bármilyen demenciával kapcsolatos továbbképzésen, előadáson?

- 1.) igen      2.) nem

6. Gyanú (panasz) esetén végez-e Ön a praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?

- 1.) igen      2.) nem

7. Panaszmentes állapotban, bizonyos életkorhoz kötötten, szűrő jelleggel végez-e Ön praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?

- 1.) igen      2.) nem

8. Amikor végez kognitív vizsgálatot, melyik tesztet használja a mindennapi munkájában a kognitív funkciók felmérésére? (Több választ is bejelölhet.)

- 1.) Mini-Mentál Teszt  
2.) Óra Rajzolási Teszt  
3.) Írás vizsgálata  
4.) Tér-idő orientációs kérdések  
5.) Egyéb speciális szűrőteszt, éspedig:.....

9. Amikor nem végez demencia vizsgálatot, tesztelést, mi az oka? (Több választ is bejelölhet.)

- 1.) egyet sem ismerek, nem áll rendelkezésemre ilyen teszt  
2.) nehézséget okoz számomra a rendelkezésre álló tesztek használata  
3.) nincs rá idő a rendelésem alatt  
4.) nem tartom fontosnak, mivel a memóriazavar az idős korral járó folyamat  
5.) nem akarom a beteget vagy a hozzátartozót megrémíteni  
6.) szakorvosi feladat  
7.) egyéb.....

10. Milyen segítő-támogató lehetőségekről tud munkakörnyezetében a demenciával élők és hozzátartozóik számára? (Több választ is bejelölhet.)

- 1.) Alzheimer Café  
2.) Hozzátartozói csoport  
3.) Nappali ellátás  
4.) Nővérszolgálat  
5.) Demencia ellátással kapcsolatos alapítvány  
6.) Egyéb, éspedig:.....  
7.) Nem tudok ilyenről

11. Ön szerint általában ki tehető felelőssé leginkább a demencia késői diagnosztizálásáért?

- 1.) a páciens      2.) a hozzátartozó/ gondozó      3.) a háziorvos



<b>12. Mi a véleménye háziorként? (Karikázza be választát.)</b>	Teljes mértékben egyetértek	Többnyire egyetértek	Kevésbé értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet	Nem tudom eldönteni
A kognitív funkciók szűrése, vizsgálata fontos az alapellátásban.	4	3	2	1	0
A demenciák korai szűrése az alapellátásban jobb terápiás eredményekhez vezet.	4	3	2	1	0
A kognitív funkciók szűrése, vizsgálata szakorvosi feladat	4	3	2	1	0
Demenciák kezelése, gondozása inkább frusztráló, mint sikerélményt okozó számomra	4	3	2	1	0
Hatásos kezelés hiányában, a demenciák szűrése nem elsődleges számomra	4	3	2	1	0
A diagnózis korábbi felállítása inkább segítő, mint károsító hatású a beteg és családja részére	4	3	2	1	0
Több anyagi támogatásra lenne szükség a demenciával élők ellátásához	4	3	2	1	0
A háziorkénti praxisban nem áll rendelkezésre elég idő a demenciák effektív szűréséhez, gondozásához	4	3	2	1	0
A stigmatizációtól való félelem számottevő akadály a demenciák korai diagnózisában	4	3	2	1	0
A háziorkénti teamnek külső, segítő szakemberre lenne szüksége a demenciával élők gondozásához	4	3	2	1	0
Megfelelő a hozzáférésünk a demenciára specializálódott szakellátó helyek tekintetében	4	3	2	1	0

<b>13. Értékelje a következőket? (Karikázza be választát.)</b>	Nagyon jó	Jó	Kevésbé jó	Egyáltalán nem jó
A demenciák diagnosztizálásával, szűrésével kapcsolatos tudásom	4	3	2	1
A demenciák terápiájával, gondozásával kapcsolatos tudásom	4	3	2	1
Kommunikációs készségem a demenciákkal kapcsolatos kérdések tekintetében	4	3	2	1

**Köszönjük az együttműködést!**

## MELLÉKLET III.

### **1. táblázat:** Első kutatás(2014)-Első részvizsgálat demográfiai adatai

DEMOGRÁFIAI ADATOK	Háziorvosok <b>n</b> (%) (n=402 fő)
<b>Praxis elhelyezkedése</b>	
Főváros	<b>43</b> (10.7)
Megyeszékhely	<b>87</b> (21.6)
Város	<b>120</b> (29.9)
Falu	<b>126</b> (31.3)
NV	<b>26</b> (6.5)
<b>Háziorvosok életkora (év)</b>	
25-35	<b>26</b> (6.5)
36-45	<b>50</b> (12.4)
46-55	<b>96</b> (23.9)
56-65	<b>158</b> (39.3)
66<	<b>64</b> (15.9)
NV	<b>8</b> (2.0)
<b>Nemek megoszlása</b>	
Férfi	<b>177</b> (44.0)
Nő	<b>202</b> (50.2)
NV	<b>23</b> (5.8)
<b>Hány éve praktizál háziorként?</b>	
0-10	<b>76</b> (18.9)
11-20	<b>75</b> (18.7)
21-30	<b>121</b> (30.1)
31-40	<b>85</b> (21.1)
40<	<b>36</b> (9.0)
NV	<b>9</b> (2.2)

<b>Praxisok páciens létszáma</b>	
<600	<b>3 (0.7)</b>
600-1000	<b>18 (4.5)</b>
1000-1500	<b>110 (27.4)</b>
1500-2000	<b>147 (36.6)</b>
2000<	<b>108 (26.9)</b>
NV	<b>16 (4.0)</b>
<b>Napi betegforgalom</b>	
<30	<b>8 (2.0)</b>
30-40	<b>69 (17.2)</b>
40-50	<b>114 (28.4)</b>
50-60	<b>102 (25.4)</b>
60<	<b>101 (25.1)</b>
NV	<b>8 (2.0)</b>

**2. táblázat:** Első kutatás (2014) – Első részvizsgálat demencia diagnosztikára irányuló kérdések

DEMENCIA DIAGNOSZTIKA	n=402 fő
<b>Mikor gondol demenciára? (több válasz)</b>	válaszadások száma
Beteg memóriazavarról panaszkodik egy alkalommal	<b>8</b>
Beteg memóriazavarról panaszkodik több alkalommal	<b>246</b>
Hozzá tartozó jelez jellemző tüneteket	<b>301</b>
Tájékozódási képesség jelentős romlása (eltéved)	<b>312</b>
Üldözési mánia, gyanakvás	<b>27</b>
Hangulatzavar	<b>36</b>
Visszahúzódás, inaktivitás, passzivitás	<b>185</b>
Inadekvát viselkedés, agresszivitás	<b>75</b>
<b>Milyen stádiumban kerül diagnózisra a demencia?</b>	<b>n (%)</b>
Enyhe	<b>5 (1.2)</b>
Közepes	<b>305 (75.9)</b>
Súlyos	<b>78 (19.4)</b>
NV	<b>14 (3.5)</b>
<b>Mikor küldi szakorvoshoz a beteget? (több válasz)</b>	válaszadások száma
Gyanú esetén és ha a beteg kéri	<b>200</b>
Gyanú esetén és ha a hozzátartozó kéri	<b>222</b>
Minden esetben	<b>135</b>
Amikor a család már nem boldogul	<b>89</b>
Amikor a beteg már nem képes magát ellátni	<b>48</b>
Nyilvánvaló, súlyos tünetek esetén	<b>150</b>
Szuicid szándék esetén	<b>47</b>

<b>Ha nem kerül szakorvoshoz mi az oka? (több válasz)</b>	válaszadások száma
Önellátásra még képes a beteg, így korai	<b>132</b>
Hozzá tartozói felügyelet megoldott	<b>192</b>
Rossz anyagi helyzetű a beteg	<b>45</b>
Nagyon súlyos állapotú a beteg (szociális otthon)	<b>125</b>
Nem együttműködő a beteg	<b>275</b>
Szakemberek hiánya	<b>80</b>
Nem elérhetőek a szükséges szakellátó helyek	<b>80</b>
Stigmatizáció	<b>50</b>
<b>Van-e memória szakrendelés a közelben?</b>	<b>n (%)</b>
Igen	<b>148 (36.8)</b>
Nem	<b>175 (43.5)</b>
Nem tudom	<b>74 (18.4)</b>
NV	<b>5 (1.2)</b>
<b>Megfelelőnek tartja-e a demencia ellátást segítő szakorvosi háttér? (Likert skála)</b>	
1 – Egyáltalán nem megoldott	<b>53 (13.2)</b>
2 – Nem megoldott	<b>92 (22.9)</b>
3 – Közepesen megoldott	<b>141 (35.1)</b>
4 – Megoldott	<b>64 (15.9)</b>
5 – Teljesen megoldott	<b>26 (6.5)</b>
NV	<b>26 (6.5)</b>
Átlag	<b>2.782</b>

**3. táblázat:** Első kutatás (2014) – Első részvizsgálat demencia szűrésére irányuló kérdések

DEMENCIA SZŰRÉS	n=402 fő
<b>A kognitív funkciók szűrése fontos az alapellátásban</b>	
4 – Teljesen egyetértek	<b>183</b> (45.5)
3 – Többnyire egyetértek	<b>164</b> (40.8)
0 – Nem tudom eldönteni	<b>13</b> (3.2)
2 – Kevésbé értek egyet	<b>16</b> (4.0)
1 – Egyáltalán nem értek egyet	<b>1</b> (0.2)
NV	<b>25</b> (6.2)
<b>A kognitív funkciók szűrése szakorvosi feladat</b>	
4 – Teljesen egyetértek	<b>50</b> (12.4)
3 – Többnyire egyetértek	<b>110</b> (27.4)
0 – Nem tudom eldönteni	<b>52</b> (12.9)
2 – Kevésbé értek egyet	<b>119</b> (29.6)
1 – Egyáltalán nem értek egyet	<b>25</b> (6.2)
NV	<b>46</b> (11.4)
<b>A szűrés jobb terápiás eredményhez vezet</b>	
4 – Teljesen egyetértek	<b>128</b> (31.8)
3 – Többnyire egyetértek	<b>119</b> (29.6)
0 – Nem tudom eldönteni	<b>63</b> (15.7)
2 – Kevésbé értek egyet	<b>43</b> (10.7)
1 – Egyáltalán nem értek egyet	<b>19</b> (4.7)
NV	<b>23</b> (5.8)

**4. táblázat:** Első kutatás (2014) – Első részvizsgálat demencia terápiájára, gondozására irányuló kérdések

DEMENCIÁK TERÁPIÁJA/GONDOZÁSA	(n=402 fő)
<b>Ön szerint a demenciák terápiája (Likert-skála)</b>	n (%)
<b>1. Nagyon egyszerű</b>	<b>6 (1.5)</b>
<b>2. Egyszerű</b>	<b>3 (0.7)</b>
<b>3. Közepes</b>	<b>51 (12.7)</b>
<b>4. Bonyolult</b>	<b>101 (25.1)</b>
<b>5. Nagyon bonyolult</b>	<b>161 (40.0)</b>
NV	<b>80 (19.9)</b>
<b>Ön szerint a demenciák terápiája (Likert-skála)</b>	n (%)
<b>1. Nem igényel sok figyelmet</b>	<b>1 (0.2)</b>
<b>2. Kisebb mértékben igényel sok figyelmet</b>	<b>2 (0.5)</b>
<b>3. Közepes mértékű figyelem</b>	<b>19 (4.7)</b>
<b>4. Sok figyelmet igényel</b>	<b>81 (20.1)</b>
<b>5. Nagyon sok figyelmet igényel</b>	<b>220 (54.7)</b>
NV	<b>79 (19.7)</b>

<b>Hogyan ítéli meg az Alzheimer kór terápiájában alkalmazott készítményekkel kapcsolatos ismereteit?</b>	<b>n (%)</b>
<b>Donepezil</b>	
1 – Alig ismeri	<b>146 (36.3)</b>
2 – Kis mértékben ismeri	<b>103 (25.6)</b>
3 – Közepesen ismeri	<b>87 (21.6)</b>
4 – Elég jó ismeri	<b>16 (4.0)</b>
5 – Nagyon jól ismeri	<b>5 (1.2)</b>
NV	<b>45 (11.2)</b>
Átlag	<b>1.96</b>
<b>Memantin</b>	
1 – Alig ismeri	<b>150 (37.3)</b>
2 – Kis mértékben ismeri	<b>104 (25.9)</b>
3 - Közepesen ismeri	<b>86 (21.4)</b>
4 – Elég jó ismeri	<b>6 (1.5)</b>
5 – Nagyon jól ismeri	<b>6 (1.5)</b>
NV	<b>50 (12.4)</b>
Átlag	<b>1.90</b>
<b>Rivastigmin</b>	
1 - Alig ismeri	<b>161 (40.0)</b>
2 – Kis mértékben ismeri	<b>98 (24.4)</b>
3 – Közepesen ismeri	<b>78 (19.4)</b>
4 – Elég jól ismeri	<b>10 (2.5)</b>
5 – Nagyon jól ismeri	<b>6 (1.5)</b>
NV	<b>49 (12.2)</b>
Átlag	<b>1.87</b>



<b>Milyen egyéb gyógyszert, kiegészítő készítményt ajánl? (Több válasz)</b>	Válaszadások száma
Sermion	<b>231</b>
Cavinton Forte	<b>317</b>
Piracetam	<b>289</b>
E-vitamin	<b>66</b>
Multivitaminok	<b>103</b>
Ginko biloba	<b>234</b>
Egyéb	<b>2</b>
Nem ajánlok	<b>3</b>
<b>Mi okozza a legnagyobb problémát a demens betegek otthoni gondozásában? (Több válasz)</b>	Válaszadások száma
Stresszhelyzet a családban	<b>126</b>
Támogató háttér hiánya	<b>219</b>
A hozzátartozó kimerülése	<b>264</b>
Kritikus az együttműködés a beteggel	<b>122</b>
Anyagi nehézségek	<b>159</b>
A beteg felügyeletének a megoldása	<b>335</b>
Speciális nappali ellátás hiánya	<b>169</b>
Szükség esetére az átmeneti gondozó egység hiánya	<b>150</b>
Szükség esetén a megfelelő tartós bentlakásos egység hiánya	<b>145</b>
Társadalmi stigmatizáció	<b>44</b>
Demencia ellátásra specializálódott szakemberek hiánya	<b>149</b>

**5. táblázat:** Első kutatás (2014) – első részvizsgálat demencia oktatására irányuló kérdések

DEMENCIA OKTATÁS	n=402 fő
<b>Az utóbbi két évben részt vette-e demenciával kapcsolatos képzésen, előadáson?</b>	<b>n (%)</b>
Igen	<b>70 (17.4)</b>
Nem	<b>294 (73.1)</b>
NV	<b>38 (9.5)</b>
<b>A demenciával kapcsolatos képzések melyik formáját tartja a leghatékonyabbnak? (SZTE kérdése, a szerzők engedélyével)</b>	Valid % (n=364)
Továbbképzés	49
Konferencia	11
Közlemény	8
Speciális tréning	21
Internet	11

**6. táblázat:** Első kutatás (2014) – Második részvizsgálat: A házi orvosok tesztelési szokásai demencia gyanúja esetén, valamint a tesztelés hiányának okai

<b>A HÁZIORVOSOK TESZTELÉSI GYAKORLATA</b>	
<b>Gyanú esetén végez-e Ön praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?</b>	<b>Válaszadók n (%)</b> n=277 fő
Igen	<b>138 (49.8)</b>
Nem	<b>132 (47.7)</b>
NV	<b>7 (2.5)</b>
<b>Melyik tesztet használja a mindennapi munkájában a demencia súlyosságának felmérésére? (Több válasz is lehetséges.)</b>	n=138 fő
Mini-Mental State Examination	<b>81 (58.7)</b>
Óra rajzolósi teszt	<b>112 (81.2)</b>
Írás vizsgálata	<b>36 (26.1)</b>
Tér-idő orientációs kérdések	<b>78 (56.5)</b>
Egyéb speciális szűrő teszt	<b>4 (2.9)</b>
NV	<b>2 (1.4)</b>
<b>Ha nem használ demencia tesztet, mi az oka?</b>	n=132 fő
Egyet sem ismerek, nem áll rendelkezésemre ilyen teszt	<b>19 (14.4)</b>
Nincs rá idő a rendelésem alatt	<b>66 (50.0)</b>
Nem tartom fontosnak, hogy teszteljek	<b>6 (4.5)</b>
A memóriazavar idős korban sok esetben természetes folyamat	<b>2 (1.5)</b>
Nem akarom a beteget vagy a hozzátartozót megrémíteni	<b>2 (1.5)</b>
Megnézem fél év múlva	<b>3 (2.3)</b>
Szakorvosi feladat	<b>11 (8.3)</b>
NV	<b>23 (17.4)</b>

**7. táblázat:** Második kutatás (2019) – Első részvizsgálat kérdéseinek adatai

<b>A HÁZIORVOSOK TESZTELÉSI GYAKORLATA</b>	(n=247 fő)
<b>Gyanú esetén általában végez-e Ön praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?</b>	<b>Válaszadók n (%)</b>
Igen	<b>136 (55.1)</b>
Nem	<b>107 (43.3)</b>
NV	<b>4 (1.6)</b>
<b>Panaszmentes állapotban általában végez-e Ön praxisában speciális vizsgálatot a kognitív funkciók tesztelésére?</b>	
Igen	<b>36 (14.6)</b>
Nem	<b>205 (83.0)</b>
NV	<b>6 (2.4 )</b>
<b>Melyik tesztet használja a mindennapi munkájában a demencia súlyosságának felmérésére? (Több válasz is lehetséges.)</b>	(akik végeznek vizsgálatot: n=146 fő)
Mini-Mental State Examination	<b>73 (50.0)</b>
Óra rajzolósi teszt	<b>123 (84.2)</b>
Írás vizsgálata	<b>42 (28.7)</b>
Tér-idő orientációs kérdések	<b>87 (59.5)</b>
Egyéb speciális szűrő teszt	<b>1 (0.68)</b>

<b>Amikor nem használ demencia tesztet, mi az oka? (n=247 fő)</b>	
Egyet sem ismerek, nem áll rendelkezésemre ilyen teszt	<b>16</b> (6.5)
Nehézséget okoz a használata	<b>3</b> (1.2)
Nincs rá idő a rendelésem alatt	<b>193</b> (78.1)
Nem tartom fontosnak, mivel az idős korral járó folyamat	<b>1</b> (0.4)
Nem akarom a beteget vagy a hozzátartozót megrémíteni	<b>3</b> (1.2)
Szakorvosi feladat	<b>18</b> (7.3)
Egyéb	<b>33</b> (13.4)
<b>Milyen segítő-támogató lehetőségekről tud a demenciával élők és hozzátartozóik számára?</b>	
Alzheimer Café	<b>72</b> (29.1)
Hozzátartozói csoport	<b>27</b> (10.9)
Nappali ellátás	<b>110</b> (44.5)
Nővérszolgálat	<b>74</b> (30.0)
Demencia ellátással kapcs. alapítvány	<b>15</b> (6.1)
Egyéb	<b>9</b> (3.6)
Nem tudok ilyenről	<b>72</b> (29.1)
<b>Az utóbbi két évben részt vett-e bármilyen demenciával kapcsolatos továbbképzésen, előadáson?</b>	
Igen	<b>111</b> (44.9)
Nem	<b>130</b> (52.6)
NV	<b>6</b> (2.4)

**8. táblázat:** Második kutatás (2019) - Első részvizsgálat: A szűréssel kapcsolatos háziiorvosi attitűd adatainak összehasonlítása a 2014-es kutatás eredményeivel

DEMENCIA SZŰRÉS (Összehasonlítás)	<b>2014</b> (n=402 fő) %	<b>2019</b> (n=247 fő) %
<b>Részt vett-e demenciával kapcsolatos képzésen az elmúlt 2 évben?</b>		
Igen	<b>17.4 %</b>	<b>44.9 %</b>
<b>A kognitív funkciók szűrése fontos az alapellátásban</b>		
4 és 3 – Teljesen/többnyire egyetértek	<b>86.3 %</b>	<b>90.7 %</b>
0 – Nem tudom eldönteni	3.2 %	0 %
2 és 1 – Kevésbé/egyáltalán nem értek egyet	4.2 %	8.5 %
Hiányzó válasz	6.2 %	0.8 %
<b>A kognitív funkciók szűrése szakorvosi feladat</b>		
4 és 3 – Teljesen/többnyire egyetértek	39.8 %	41.3 %
0 – Nem tudom eldönteni	12.9 %	1.2 %
2 és 1 – Kevésbé/egyáltalán nem értek egyet	<b>35.8 %</b>	<b>56.7 %</b>
Hiányzó válasz	11.4 %	0.8 %
<b>A szűrés jobb terápiás eredményhez vezet</b>		
4 és 3 – Teljesen/többnyire egyetértek	<b>61.4 %</b>	<b>85.8 %</b>
0 – Nem tudom eldönteni	15.7 %	1.2 %
2 és 1 – Kevésbé/egyáltalán nem értek egyet	15.4 %	12.5 %
Hiányzó válasz	7.5%	0.4%

## Research

**Cite this article:** Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákáski M, Kálmán J, Hajnal F, Karádi K. (2019) Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development* 20(e92): 1–6. doi: [10.1017/S1463423619000203](https://doi.org/10.1017/S1463423619000203)

Received: 22 November 2018

Revised: 18 February 2019

Accepted: 27 February 2019


### Key words:

attitude; dementia; education; general practitioners; Hungary

### Author for correspondence:

Szilvia Heim, Institute of Primary Health Care, Medical School, University of Pécs, 7623 Pécs, Rákóczi u. 2., Hungary.  
E-mail: [szilviaheim@gmail.com](mailto:szilviaheim@gmail.com)

# Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care

Szilvia Heim<sup>1</sup> , Csilla Busa<sup>1</sup>, Éva Pozsgai<sup>1</sup>, Ágnes Csikós<sup>1</sup>, Edina Papp<sup>2</sup>, Magdolna Pákáski<sup>2</sup>, János Kálmán<sup>2</sup>, Ferenc Hajnal<sup>3</sup> and Kázmér Karádi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institute of Primary Health Care, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; <sup>3</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary and <sup>4</sup>Institute of Behavioral Sciences, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

## Abstract

**Background:** Dementia in the elderly constitutes a growing challenge in healthcare worldwide, including Hungary. There is no previous report on the role of general practitioners in the management of dementia. **Aim:** The purpose of the present study was to investigate the Hungarian general practitioners' attitude toward their patients living with dementia as well as dementia care. Our goal was also to assess their willingness and habits in assessing dementia. Additionally we wanted to explore the role of education about dementia, and its impact on their attitude in dementia management. **Methods:** As part of a large survey, a self-administered questionnaire was filled out voluntarily by 402 of general practitioners. According to our preset criteria, 277 surveys were selected for evaluation. Descriptive statistical analysis and Likert-scale analysis were performed. **Findings:** Half of the doctors (49.8%) indicated that they conducted a test to assess cognitive functions in case of suspicion. Among the respondents who did not assess, 50.0% of physicians cited lack of time as the main reason for not doing so and 14.4% of them had not proper knowledge of testing methods. The respondents most often mentioned feelings toward their patients with dementia, were regret (Likert-scale mean: 3.33), helplessness (3.28) and sadness (3.07). The majority of physicians thought the treatment of dementia was difficult (4.46). Most of the respondents (81.2%) indicated that in the past 2 years they had not participated in any training about dementia. Those practitioners who had participated in some form of education were less likely to feel helpless facing a patient with dementia, and education also determined their approach to dementia care.

## Introduction

The population over 65 years of age is increasing in the world. Therefore, the prevalence and cost of dementia care is also going up. This puts even greater burden on less affluent countries, including Hungary (ADI). According to epidemiological studies in Hungary, the number of patients living with dementia is estimated between 100 000 and 500 000. Moreover, this number may double by 2050 (Érsek *et al.*, 2010a). Dementia constitutes one of the main causes of disability in the elderly. According to the Global Burden of Disease Perspective, it takes 11.2% of all years lived with disability, which is higher than stroke (9.5%), heart disease (5%), and cancer (2.4%) (WHO). Due to lack of adequate epidemiological data, we have only estimates on disease burden and cost of dementia in Hungary (Érsek *et al.*, 2010b).

Primary health care is in the first line in patient care. Nevertheless, compared to the management to other chronic diseases, dementia care constitutes only a small proportion of a general practitioner's (GPs) workload, although the increasing aging population will change this situation in the future (Iliffe *et al.*, 2009). The most common cause of dementia is Alzheimer's disease which is 50–70 % of all cases (Ott *et al.*, 1995). Exact data on the different types of dementia are not available for Hungary (Érsek *et al.*, 2010a).

A number of studies have shown that dementia in elderly often (up to 80%) remains unrecognized in primary care (Boise *et al.*, 2004; Connolly *et al.*, 2011; Lang *et al.*, 2017). Dementia, in general, is underdiagnosed and undertreated by GPs, in at least half of the patients over 65 (Boustani *et al.*, 2005; Iliffe *et al.*, 2009). They have especially difficulties in recognizing mild dementia (Mitchell *et al.*, 2011). Various barriers have been identified as the cause of missing the early detection, which includes lack of time and financial constraints, doubts about the importance of assessment or diagnostic uncertainty. Hesitation concerning the efficacy of treatment or concerns about the emotional effect on the patient by disclosing the diagnosis may also be obstacles (Boise *et al.*, 1999; Iliffe *et al.*, 2005; Pimlott *et al.*, 2009b; Koch and Iliffe 2010a; Lahjibi-Paulet *et al.*, 2012; Caruana-Pulpan and Scerri, 2014; Gove *et al.*, 2016). One of the most often mentioned obstacles in the early screening of dementia is the lack of knowledge regarding

© The Author(s) 2019. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Alzheimer's disease and other forms of dementia (Barrett *et al.*, 1997; Koch *et al.*, 2010b; Pathak and Montgomery, 2015).

In many countries (France, Netherlands, Norway, Cyprus, United Kingdom), a National Dementia Plan is available, where GPs have a pivotal role, especially in recognizing the early symptoms and participating in the coordination of care for people with dementia (Alzheimer-Europe). Despite this well-defined gatekeeper role, the activity of GPs varies and their perceptions and attitudes toward patients living with dementia greatly influence the management of these patients. Many studies shed light on the role of the attitude of GPs, their frustration, and lack of confidence in dementia care and management (Turner *et al.*, 2004; Pathak and Montgomery, 2015; Subramaniam *et al.*, 2018). An Irish study showed that GPs were retained from making the diagnosis of dementia due to lack of confidence and concerns about the impact of the diagnosis on the patient's life (Cahill *et al.*, 2006; 2008). According to another investigation, English GPs were worried about stereotypes linked to dementia, which cause difficulties in communication with people living with dementia (Gove *et al.*, 2017). One French and an English analysis mention stigmatization of patients with dementia as the main barrier to setting up a diagnosis (Lahjibi-Paulet *et al.*, 2012; Gove *et al.*, 2016). According to a Canadian study, GPs have strong concerns about the role of the pharmaceutical industry on dementia guidelines (Pimlott *et al.*, 2009a). This belief may affect GPs attitude in dementia care, as well.

Although Petrazzuoli *et al.* (2017) performed an informant survey of GPs' attitudes regarding dementia management in 25 European countries including Hungary; however, the number of primary care physicians questioned per country was very small (Petrazzuoli *et al.*, 2017). Until now there was no investigation in a larger population of GPs about their attitudes in the diagnosis and management of patients with dementia in Hungary.

As part of a larger project, the main aim of the present study was to investigate the Hungarian GPs' attitude toward their patients living with dementia as well as dementia care. Our goal was also to examine their willingness and habits in assessing dementia. Additionally we wished to explore the role of education about dementia, as well as its modifying effect on GPs attitude in dementia management.

## Methods

### Setting and sampling

The present survey was carried out during a 6 months period of time in Hungary, with voluntarily participating GPs who were attending obligatory, postgraduate training courses in family medicine or national conferences for GPs. During the time of our survey and in earlier period, none of the obligatory, postgraduate training programs for GPs contained material on dementia. The only opportunities for GPs to acquire skills and knowledge about dementia were by individual learning or at symposia organized by pharmaceutical companies. The inclusion criteria specified that respondents have to provide direct patient care. Participation was anonymous and there was no financial compensation for taking part in the survey. GPs from all regions of Hungary's participated.

### Questionnaire

As part of a more extensive research project, the research team developed a self-evaluation questionnaire to investigate the major aspects of dementia care in the Hungarian primary care system.

The aim of the 'General practitioners' attitudes regarding the management of dementia in primary care' project was to obtain information about GPs' attitude, habits, knowledge, and personal experiences in recognizing and caring for dementia patients in Hungary.

Our study aimed to focus on the following: (1) Investigate GPs' attitude toward their patients living with dementia and dementia care; (2) examine GPs' testing habits in the case of suspected cognitive impairment; (3) acquire information about GPs' participation in any kind of educational programs on dementia; and (4) analyze the impact of participation in dementia education on modifying GPs' attitudes toward dementia care. For this purpose, in this study 10 questions were selected for further analysis. Other parts of the research project will be published elsewhere. Four hundred and two questionnaires were collected from participant GPs. In line with our objectives, only those questionnaires were included for statistical analysis where the feelings and education related questions were fully answered. Finally, 277 questionnaires were used for this analysis.

Four questions pertained to the general characteristics of the GPs (age, gender) and their practices (location, number of patient visits). Six questions were intended to investigate the feelings, testing habits related to the recognition and management of patients living with dementia as well as participation in any kind of education about dementia. These include two single dichotomous (yes/no) items, two multiple-response items, and two 5-point Likert-scale questions.

### Statistics

Statistical analysis was undertaken using IBM SPSS Statistics for Windows, version 24.0 statistical program. We performed descriptive analysis, including frequency distribution tables and crosstabs, and analysis of variance. Statistical significance was assessed by Fisher's Exact test and *t*-test.  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

### Findings

The demographic profile of the respondents is shown in Table 1. Among them, we observed an equal gender split (137 females and 130 males, with 10 missing) and a 2/3 urban, 1/3 rural split. Almost half (48.7%) of the participating GPs were above 55 years of age. Only a small percentage (18.4%) of participants had less than 40 patient-visits per day and 27.4% of the GPs had more than 60 patient visits on average per day.

Approximately half of the GPs (49.8%) indicated that they performed the assessment of cognitive functions in patients where they suspected cognitive function impairment. Hundred and thirty-two respondents (47.7%) reported that they did not use any tests even if the suspicion of cognitive impairment arose. Of the 138 participants who did perform tests, 81.2% used the Clock Drawing Test, 58.7% used the MMSE Test and 56.5% the orientation-questions. Examination of writing was used by 26.1% of these respondents, while the other specific tests were used only by 2.9% of them. When respondents were questioned about the reasons underlying their disinclination to assess, 50.0% of GPs cited lack of time as the main reason and 14.4% of GPs said that they had not knowledge about any kind of testing method. Other reasons for not testing included: testing should be done by a specialist (8.3%) and testing for cognitive functions is not important (4.5%). A total of 17.4% of the GPs did not provide an answer (Table 2).



**Table 1.** Selected demographic characteristics of respondents

Sampled respondent characteristics	Respondents n (%)
<b>Practice location</b>	
Capital city	33 (11.9)
Urban	143 (51.7)
Rural	86 (31.0)
Missing answer	15 (5.5)
<b>GPs' age (years)</b>	
25–35	24 (8.7)
36–45	41 (14.8)
46–55	74 (26.7)
56–65	100 (36.1)
66 <	35 (12.6)
Missing answer	3 (1.1)
<b>Gender</b>	
Male	130 (46.9)
Female	137 (49.5)
Missing answer	10 (3.6)
<b>Number of patient-visits per day</b>	
< 30	4 (1.4)
30–40	47 (17.0)
40–50	72 (26.0)
50–60	73 (26.4)
60 <	76 (27.4)
Missing answer	5 (1.8)

Two survey items were designed to analyze the prevailing attitudes of Hungarian GPs regarding the perceptions about their patients living with dementia and their treatment. The feelings that may arise in physicians when taking care of patients with dementia were analyzed by the Likert scale. The most often reported feelings while managing these patients were regret (3.33), helplessness (3.28), and sadness (3.07) (Table 3).

Respondents were asked to rate their perception about the difficulty to treat dementia. The Likert-scale analysis (where 1 is Easy and 5 is Very difficult) demonstrated that the majority of GPs (89.6%) thought that the treatment of dementia was difficult or very difficult for them (Mean: 4.464, Std. deviation 0.835).

Of the 277 respondents, the majority (81.2%) of participants answered that they had not taken part in any type of education about dementia in the past 2 years. Only 18.8% of the GPs had participated in some form of dementia-related training.

Our data revealed that the group of GPs who participated in any form of education about dementia was inclined to assess significantly more patients (68.8%) for cognitive impairment in case of suspicion. Those who had not received any education in the past 2 years assessed fewer patients (47.3%) (Table 4).

Participant GPs indicated regret (3.33) and helplessness (3.28) most often toward their patients living with dementia. The most often reported feeling was regret, proved to be dominant regardless of having participated or not in education about dementia. This appears to be generally experienced by GPs. However, helplessness,

**Table 2.** GPs propensity to conduct cognitive testing in case of suspicion for dementia and reasons behind not testing

Do you use a special test for testing cognitive functions if you suspect cognitive impairment in your patient?	Responses n (%)
Yes	138 (49.8)
No	132 (47.7)
Missing answer	7 (2.5)
<b>Which instrument do you use in your everyday work to assess the severity of dementia? (You may sign more answers.)</b>	
<b>N = 138</b>	
Mini-Mental State Examination	81 (58.7)
Clock Drawing Test	112 (81.2)
Writing examination	36 (26.1)
Questions about time/place orientation	78 (56.5)
Another special screening tool	4 (2.9)
Missing answer	2 (1.4)
<b>If you do not use a special test to assess cognitive impairment, what is your reason for not doing so?</b>	
<b>N = 132</b>	
I am not aware that such a test is available	19 (14.4)
I do not have enough time	66 (50.0)
I do not find it important to test	6 (4.5)
Loss of memory is a natural age-related process	2 (1.5)
I do not want to frighten the patient and his/her relatives	2 (1.5)
I will check it six months later	3 (2.3)
Testing should be done by specialists	11 (8.3)
Missing answer	23 (17.4)

the second most often mentioned feeling was stronger among participants who had not taken part in any form of education about dementia (3.38) than in those who had some training (2.87) (Table 5).

## Discussion

The present report is the first part of a large-scale, dementia-related survey where Hungarian GPs' role, habits, knowledge, and personal experiences related to dementia were examined. According to our results, only approximately half of the Hungarian GPs conduct a cognitive assessment of patients suspected of cognitive impairment. Lack of time and of knowledge were specified as the main obstacles. Over 80% of respondents had not received any form of education about dementia in the previous 2 years. This may be the underlying cause that the GPs find the management of dementia very difficult. Furthermore, the sense of helplessness beside regret was a crucial attitude in their disposition toward their patients living with dementia.

Hungarian experiences about GPs' activity in cognitive assessment is in contrast to a North-American report on the practice patterns and screening habits of GPs, where 93% of physicians scan or conduct diagnostic evaluations for dementia in older patients (Stewart *et al.*, 2014). An Australian study has similar data, as it

**Table 3.** Respondents' quality of feelings when caring for patients living with dementia (Respondent needed to indicate whether he/she agreed with the feeling on a scale of 1 to 5, where 1 is 'Not at all' and 5 is 'I agree completely'.)

	Shock	Feel bad	Regret	Helplessness	Sadness	Doubtfulness
<b>N – valid</b>	277	277	277	277	277	277
<b>Missing</b>	0	0	0	0	0	0
<b>1 – not at all</b>	18.8%	33.2%	11.2%	12.6%	14.4%	24.5%
<b>2</b>	17.7%	21.7%	12.3%	14.4%	15.2%	22.4%
<b>3</b>	28.2%	27.1%	27.4%	25.3%	31.4%	33.2%
<b>4</b>	22.4%	14.1%	30.3%	27.4%	26.7%	15.2%
<b>5 – I agree completely</b>	13.0%	4.0%	18.8%	20.2%	12.3%	4.7%
<b>Mean</b>	<b>2.93</b>	<b>2.34</b>	<b>3.33</b>	<b>3.28</b>	<b>3.07</b>	<b>2.53</b>
<b>Std. deviation</b>	1.293	1.189	1.233	1.288	1.220	1.153

**Table 4.** Association between education and propensity to test for cognitive impairment

		Education		Total
		YES	NO	
<b>Propensity to test</b>	YES	68.8%	47.3%	51.1%
	NO	31.3%	52.7%	48.9%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

(Fisher's Exact test,  $P$ -value = 0.005)

states that the vast majority of GPs conduct the formal cognitive assessment using a validated test (e.g., MMSE) in individuals with suspected cognitive impairment (Murphy *et al.*, 2014). On examining the cause of the omission of cognitive testing, the majority of Hungarian GPs cited the lack of time as the main reason. In Hungary, according to our data doctor–patient encounters with GPs often reach 40–60 or more patients/day. Time constraint felt by GPs is obvious; consequently, they allocate much shorter time to each patient. This is in agreement with previous studies, which demonstrated that GPs perceived time constraints was the major obstacle to good quality dementia care (Turner *et al.*, 2004; Pimlott *et al.*, 2009b; Koch *et al.*, 2010b). On the other hand, more than a tenth of the GPs in our study answered that their reason for not testing was due to their lack of knowledge of cognitive assessment tools. This finding is in accordance with data from other countries (Barrett *et al.*, 1997; Pucci *et al.*, 2004; Cahill *et al.*, 2006; Pathak and Montgomery, 2015; Veneziani *et al.*, 2016). In two Italian studies, problems in recognizing early symptoms of Alzheimer's disease and screening patients have been linked to the lack of specific training (Pucci *et al.*, 2004; Veneziani *et al.*, 2016). According to an investigation conducted in Ireland, 90% of GPs had never undergone any type of dementia-specific training (Cahill *et al.*, 2006).

In our analysis, we found that the group of GPs who participated in any type of education about dementia was significantly more likely to perform the cognitive assessment (68.8%) than those who did not (47.3%). This is also important because the active participation of GPs in the early detection of dementia ensures better treatment, access to psychosocial and pharmacological interventions and leads to improved cost-effectiveness (Barnett *et al.*, 2014).

Helplessness is a frequent feeling felt by GPs and it was more prevalent among participants who had not undergone in any form of education about dementia. This view may inhibit them in taking

**Table 5.** Association between participation in dementia-related education and feeling of helplessness

Helplessness	Mean	N	Std. deviation
Had training	2,87	52	1.299
No training	3.38	225	1.269
Total	3.28	277	1,288

(one-way ANOVA test,  $P$  = 0.009)

on an active, supportive role. This finding is important because the feeling of helplessness may reduce their confidence and hamper their activity in helping their patients. In contrast, GPs who had participated in education about dementia in the past 2 years were less likely to feel a sense of helplessness, so they can play a more active role in the management of their patients with dementia. These findings draw attention to the importance to further education about dementia of Hungarian GPs.

Many studies throughout the world have reported the need for special, broad-scale, and regular training programs for GPs (Koch *et al.*, 2010b; Veneziani *et al.*, 2016; Dreier-Wolfgramm *et al.*, 2017). The importance of training cannot be emphasized enough to achieve higher quality dementia care. Key factors enabling GPs to conduct cognitive assessment must have an awareness of the need to carry out a cognitive examination; possessing the necessary skills and confidence; and having adequate time and resources (Murphy *et al.*, 2014). The specific training in the field of dementia is emphasized in the literature. Dementia-trained physicians had significantly higher confidence than the non-trained (Liu *et al.*, 2013). According to the Recaredem study, GPs with higher confidence are more prepared to carry out specific actions to manage dementia (Harmand *et al.*, 2018). Many studies confirm the importance of training programs for GPs as it improves the rates of reported dementia cases and achieves better participation in the management of dementia (Downs *et al.*, 2006; Caruana-Pulpan and Scerri, 2014). Training and support for GPs may change their attitude that they have little to offer to patients living with dementia and to their relatives (Downs, 1996). Several studies confirm that GPs' training should be practical, evidence-based and relevant, as well as tailored to their special needs: take into account their maturity, using individualized methods and include interprofessional education (Iliffe *et al.*, 2002; Dreier-Wolfgramm *et al.*, 2017).


These findings imply that the training of Hungarian GPs may result in improved cognitive assessment of their patients and may change the perception about their role in dementia care. In Hungary, special training programs for GPs should be urgently developed and tailored to their needs.

Our study has some limitations. First, our sampling process was not selected from an official list of the Hungarian GPs and completing the survey was voluntary, which may have altered the results. Second, according to our selection criteria, we excluded 125 incomplete questionnaires from the 402 we collected. Third, a possible reason for not completing the questionnaire may have been a lack of interest in the subject of dementia. Therefore, the results may represent a more favorable approach to assessing dementia than what may actually exist. Fourth, the survey was a self-report on patterns of practice and attitude toward patients with dementia. We cannot know whether the results truly reflect the actual practice patterns of Hungarian GPs regarding dementia.

## Conclusion

Our study demonstrated that Hungarian GPs' present attitude was an important obstacle in the effective assessment of patients living with dementia. We recognized the deficiency of and the need for dementia education for Hungarian GPs. Postgraduate training of GPs in the field of dementia may open the opportunity for them to play a more active role in the management of dementia. This requires the development and the implementation of educational programs in Hungary as well as further studies on its effect on GPs' attitude and activity in dementia care.

Our results signify the need for a unified dementia plan for Hungary, where the role of GPs is defined in the management of dementia. Time constraints are alleviated by multidisciplinary teams and GPs are offered training and provided with straightforward guidelines. With implementing such measures in primary practice, an improvement in the quality of dementia care can be expected.

**Author ORCIDs.**  Szilvia Maria Heim 0000-0002-2592-7019

**Acknowledgments.** The authors gratefully acknowledge the general practitioners who took the time to fill out the questionnaire. Special thanks to Dr. Hilda Donhoffer for the revision.

**Financial Support.** This work was supported by the Hungarian National Research Fund under 'National Excellence Program' [grant number A/2-11-1-2012-0001 to JK] and University of Pécs, Medical School [grant number EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 to KK].

**Conflicts of Interest.** None.

## References

- ADI The Dementia Research Group. Retrieved 12 October 2018 from [https://www.alz.co.uk/1066/the\\_context.php](https://www.alz.co.uk/1066/the_context.php)
- Alzheimer-Europe Policy in practice: National dementia strategies. Retrieved 12 October 2018 from <https://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies>
- Barnett JH, Lewis L, Blackwell AD and Taylor M (2014) Early intervention in Alzheimer's disease: a health economic study of the effects of diagnostic timing. *BMC Neurology* **14**, 101.
- Barrett JJ, Haley WE, Harrell LE and Powers RE (1997) Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* **11**, 99–106.
- Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH and Congleton L (1999) Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *The Gerontologist* **39**, 457–64.
- Boise L, Neal MB and Kaye J (2004) Dementia assessment in primary care: results from a study in three managed care systems. *Journal of Gerontology* **59A**, 621–6.
- Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL and Hendrie HC (2005) Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *Journal of General Internal Medicine* **20**, 572–7.
- Cahill S, Clark M, O'Connell H, Lawlor B, Coen RF and Walsh C (2008) The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **23**, 663–9.
- Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H and Lawlor B (2006) Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **21**, 319–24.
- Caruana-Pulpan O and Scerri C (2014) Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners—a national survey. *Aging & Mental Health* **18**, 179–86.
- Connolly A, Gaehtl E, Martin H, Morris J and Purandare N (2011) Underdiagnosis of dementia in primary care: variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging & Mental Health* **15**, 978–84.
- Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O'Carroll R, Howie K and Iliffe S (2006) Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* **332**, 692–6.
- Downs MG (1996) The role of general practice and primary care team in dementia diagnosis and management. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **11**, 937–42.
- Dreier-Wolgramm A, Michalowsky B, Austrom MG, van der Marck MA, Iliffe S, Alder C, Vollmar HC, Thyrian JR, Wucherer D, Zwingmann I and Hoffmann W (2017) Dementia care management in primary care : current collaborative care models and the case for interprofessional education. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* **50**, 68–77.
- Érsek K, Kárpáti K, Kovács T, Csillik G, Gulácsi LÁ and Gulácsi L (2010a) A dementia epidemiologiaja Magyarországon. *Ideggyogy Sz* **63**, 175–82.
- Érsek K, Kovács T, Wimo A, Kárpáti K, Brodszky V, Péntek M, Jönsson L, Gustavsson A, Mcdaid D, Kenigsberg PA, Valtonen H and Gulácsi L (2010b) Costs of dementia in Hungary. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* **14**, 633–9.
- Gove D, Downs M, Vernooij-Dassen M and Small N (2016) Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging & Mental Health* **20**, 391–400.
- Gove D, Small N, Downs M and Vernooij-Dassen M (2017) General practitioners' perceptions of the stigma of dementia and the role of reciprocity. *Dementia (London)* **16**, 948–64.
- Harmand MG, Meillon C, Rullier L, Tadde OB, Pimouguet C, Dartigues JF, Bergua V and Amieva H (2018) Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study. *Aging and Mental Health*, **22**, 1046–1055.
- Iliffe S, De Lepeleire J, van Hout H, Kenny G, Lewis A, Vernooij-Dassen M and The Diadem Group (2005) Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: a modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging & Mental Health* **9**, 1–6.
- Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, Ashley P and De NPCCSG (2009) Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **24**, 895–901.
- Iliffe S, Wilcock J, Austin T, Walters K, Rait G, Turner S, Bryans M and Dawns M (2002) Dementia diagnosis and management in primary care, developing and testing educational models. *Dementia (London)* **1**, 11–23.
- Koch T and Iliffe S (2010a) The role of primary care in the recognition of and response to dementia. *The Journal of Nutrition Health and Aging* **14**, 107–9.
- Koch T, Iliffe S and EVIDEM-ED project (2010b) Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice* **11**, 52.
- Lahjibi-Paulet H, Alain AD, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O and Somme D (2012) Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study

- of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging Clinical and Experimental Research* **24**, 384–90.
- Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, Danat MI, Zhou W, Copeland RJ, Anstey JK and Chen R** (2017) Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open* **7**, 1–8.
- Liu JYW, Lai C, Dai D, Ting S and Choi K** (2013) Attitudes in the management of patients with dementia: comparison in doctors with and without special training. *East Asian Archives of Psychiatry* **23**, 13–20.
- Mitchell AJ, Meader N and Pentzek M** (2011) Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care: a meta-analysis of physician accuracy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **124**, 165–83.
- Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, French SD, Michie S, Francis JJ, Russell GM, Workman B, Flicker L, Eccles MP and Green SE** (2014) Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation Science* **9**, 31.
- Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJM, Grobbee DE and Hofman A** (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* **310**, 970–3.
- Pathak KP and Montgomery A** (2015) General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging & Mental Health* **19**, 912–20.
- Petrazzuoli F, Vinker S, Koskela TH, Frese T, Buono N, Soler JK, Ahrensberg J, Asenova R, Foguet Boreu Q, Ceyhun Peker G, Collins C, Hanzewacki M, Hoffmann K, Iftode C, Kurpas D, Le Reste JY, Lichtwarck B, Petek D, Pinto D, Schrans D, Streit S, Tang EYH, Tatsioni A, Torza P, Unalan PC, van Marwijk H and Thulesius H** (2017) Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries. *International Psychogeriatrics* **29**, 1413–23.
- Pimlott NJG, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, Hollingworth GR and Dalziel WB** (2009a) Family physicians and dementia in Canada, Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. *Canadian Family Physician* **55**, 506–7.e501–505.
- Pimlott NJG, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, Hollingworth GR and Dalziel WB** (2009b) Family physicians and dementia in Canada Part 2. Understanding the challenges of dementia care. *Canadian Family Physician* **55**, 508–9.e501–507.
- Pucci E, Angeleri F, Borsetti G, Brizioli E, Cartechini E, Giuliani G and Solari A** (2004) General practitioners facing dementia: Are they fully prepared? *Neurological Sciences* **24**, 384–9.
- Stewart TV, Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW, Huff JM and Pace WD** (2014) Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network. *Journal of the American Board of Family Medicine* **27**, 275–83.
- Subramaniam M, Ong HL, Abdin E, Chua BY, Shafie S, Siva Kumar FD, Foo S, Ng LL, Lum A, Vaingankar JA and Chong SA** (2018) General practitioner's attitudes and confidence in managing patients with dementia in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore* **47**, 108–18.
- Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J and O'Carroll R** (2004) General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* **33**, 461–7.
- Veneziani F, Panza F, Solfrizzi V, Capozzo R, Barulli MR, Leo A, Lozupone M, Fontana A, Arcuti S, Copetti M, Cardinali V, Grasso A, Tursi M, Iurillo A, Imbimbo BP, Seripa D and Logroscino G** (2016) Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail? *International Psychogeriatrics* **28**, 1111–24.
- WHO**. Global burden of dementia in the year 2000. Retrieved 12 October 2018 from [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_dementia.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf)



## Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: a cross-sectional, questionnaire study from Hungary

Nóra Imre, Réka Balogh, Edina Papp, Ildikó Kovács, Szilvia Heim, Kázmér Karádi, Ferenc Hajnal, János Kálmán & Magdolna Pákáski

To cite this article: Nóra Imre, Réka Balogh, Edina Papp, Ildikó Kovács, Szilvia Heim, Kázmér Karádi, Ferenc Hajnal, János Kálmán & Magdolna Pákáski (2019): Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: a cross-sectional, questionnaire study from Hungary, Educational Gerontology, DOI: [10.1080/03601277.2019.1660137](https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1660137)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1660137>



© 2019 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 08 Sep 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 4




View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



# Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: a cross-sectional, questionnaire study from Hungary

Nóra Imre <sup>a</sup>, Réka Balogh<sup>a</sup>, Edina Papp<sup>a</sup>, Ildikó Kovács<sup>a</sup>, Szilvia Heim<sup>b</sup>, Kázmér Karádi<sup>c</sup>, Ferenc Hajnal<sup>d</sup>, János Kálmán<sup>a</sup>, and Magdolna Pákáski<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; <sup>b</sup>Department of Primary Health Care, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; <sup>c</sup>Institute of Behavioral Sciences, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; <sup>d</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

## ABSTRACT

General practitioners (GPs) play a pivotal role in dementia recognition, yet research suggests that dementia often remains undetected in primary care. Lack of knowledge might be a major contributing factor to low recognition rates. Our objective was to address a gap in the scientific literature by exploring GPs' knowledge on dementia and mild cognitive impairment (MCI) for the first time in Hungary by conducting a cross-sectional, questionnaire study among practicing GPs. Recruitment of the participants ( $n = 402$ ) took place at mandatory postgraduate training courses and at national GP-conferences; the applied questionnaire was self-administered and contained both open-ended and fixed-response questions.

Results showed that GPs highlighted vascular and metabolic factors (38.3% of the answer items) and unhealthy lifestyle (29.1% of the answer items) as dementia risk factors. They perceived vascular dementia as the most common dementia form, followed by Alzheimer's disease. Almost half of the respondents (44.9%) were not familiar with MCI. Most GPs identified memory problems (98.4%) and personality change (83.2%) as the leading symptoms of dementia.

In summary, GPs demonstrated adequate knowledge on areas more relevant to their practices and scope of duties (risk and preventive factors, main types and symptoms of dementia); however, uncertainties were uncovered regarding epidemiology, MCI, and pharmacological therapy. As only one-fifth (19.4%) of the GPs could participate recently in dementia-focused trainings, continued education might be beneficial to improve dementia detection rates in primary care.

## Background

Dementia (or major neurocognitive disorder) is a usually progressive clinical syndrome that encompasses deterioration of memory, thinking, learning, language, orientation, and behavior (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2012). The deficits may interfere with patients' independence and affect their overall quality of life, challenging not only the families involved, but also imposing a huge economic burden on the health-care system (Wimo, Jönsson, Bond, Prince, & Winblad, 2013). Dementia currently affects about 6% of the population over the age of 60 in Europe, and the number is increasing rapidly with 4.6 million new cases every year worldwide (Ferri et al., 2005; Prince, Wimo, & Guerchet, 2015). In Hungary, the number of residents over the age of 65 has increased

**CONTACT** Nóra Imre  [imre.nora@med.u-szeged.hu](mailto:imre.nora@med.u-szeged.hu)  Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Szeged, Kálvária Ave. 57, Szeged H-6725, Hungary

© 2019 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

by more than 15% during the past decade, which is today about 1,890,000 people (19% of the whole population) (Hungarian Central Statistical Office, *n.d.b*). As the incidence of dementia is substantially increased among the elderly (Jorm & Jolley, 1998), the number of dementia cases is expected to rise in the following years similar to other countries with aging populations.

General practitioners (GPs) play a substantial role in the recognition of dementia, as they can monitor patients' somatic risk factors or notice changes in their cognitive performance. According to a multinational survey, the majority of dementia patients and family members seek an initial examination from their GPs (Wilkinson, Stave, Keohane, & Vincenzino, 2004). However, studies have shown worldwide that a significant percentage of dementia cases are not detected in primary care, leaving patients without a chance to be referred to specialists and thus without access to early, proper treatment (Connolly, Gaehl, Martin, Morris, & Purandare, 2011; Ólafsdóttir, Skoog, & Marcusson, 2000; Pentzek et al., 2009a). This notion is supported by a review, which states that 50% to 66% of all dementia cases in the analyzed primary care samples had not received an official dementia diagnosis (Boustani, Peterson, Hanson, Harris, & Lohr, 2003). Missed or delayed diagnosis not only hinders opportunities for early therapy but also results in failure to identify and treat dementias of possibly reversible etiologies. Besides negatively affecting the patients, it can also increase the caregivers' burden by delaying the organization of support for the family (Bradford, Kunik, Schulz, Williams, & Singh, 2009). Early and accurate diagnosis, however, requires a number of factors (Koch & Iliffe, 2010), including enough time for patient consultations, suitable conditions for performing cognitive examinations, and naturally, adequate knowledge on dementia from GPs.

Lack of knowledge on dementia was found to be one of the major contributing factors to the worldwide trends of underdiagnoses (Bradford et al., 2009). Knowledge affects the success of dementia detection in primary care via direct and indirect ways. Misinformation about the normal changes in aging makes it difficult for GPs to distinguish between natural and pathological symptoms (Iliffe, Manthorpe, & Eden, 2003), which can also keep them from pursuing efficient and pro-active screening or case-finding. Perceived and actual lack of knowledge might also impose a negative influence on GPs' confidence in their ability to recognize dementia, that might result in reluctance to make a diagnosis or perform cognitive examinations (Bradford et al., 2009).

GPs' knowledge has previously showed great variance even within the same survey: correct answer rates on a dementia quiz in Germany ranged between 12% and 90% (Pentzek et al., 2009b) and British GPs' scores fluctuated in a similar manner (between 11% and 96%) on different dementia-related topics (Turner et al., 2004). Other works reported alarming performances: an English study revealed that more than half of the respondent GPs scored a maximum of 2 on a 10-item dementia quiz (Ahmad, Orrell, Iliffe, & Gracie, 2010); similarly, Nepalese GPs filled out a similar quiz with a 25% average correct response rate (Pathak & Montgomery, 2015). In addition to objective test results, GPs themselves often do not feel well-informed enough and thus confident in their diagnostic skills (Ahmad et al., 2010; Pathak & Montgomery, 2015; Turner et al., 2004; Veneziani et al., 2016).

Research of GPs' knowledge regarding dementia is still rather scarce in the scientific literature, with little or no empirical data from the East-Central European region. For the first time in Hungary, our aim was to gain more insight into GPs' knowledge by exploring their awareness of the preventive and risk factors, different types, symptoms and the pharmacological treatment of dementia.

## Methods

### Questionnaire

The present study formed part of an extensive research project among Hungarian GPs, examining GPs' role in several aspects of dementia detection and care. For this purpose, a self-administered questionnaire was designed by expert panels (including the authors JK, MP, EP, and SZH), including a section dedicated to exploring the factual knowledge of GPs on dementia by implementing 8 fixed-response (single/multiple choice), 4 open-ended questions, and 1 ranking task. These questions pertained to the

**Table 1.** List of the applied questions and question types.

Question type	Subject
<i>Demographic questions</i>	Characteristics of GPs and their practices
<i>Open-ended questions</i>	Risk factors for dementia
	Preventive methods for dementia
	Types of dementia
	Types of reversible dementia
<i>Ranking task</i>	Prevalence of different types of dementia
<i>Fixed-response questions</i>	Familiarity with mild cognitive impairment
	Symptoms of mild cognitive impairment*
	Symptoms of dementia*
	Anti-dementia medications for mild dementia*
	Anti-dementia medications for moderate dementia*
	Anti-dementia medications for severe dementia*
	Clinical effects of anti-dementia medications*
	Time needed to judge the efficacy of anti-dementia medications

\*multiple choice question

following topics: dementia risk factors and preventive methods; types and reversible forms of dementia; prevalence of different dementia forms; most frequent symptoms of dementia and mild cognitive impairment (MCI); and pharmacological therapy. (For the list of questions, see: [Table 1.](#))

### **Data collection**

The questionnaires were distributed onsite at mandatory postgraduate training courses and at national GP-conferences within a 10-month time frame (in Hungary, GPs are obligated to participate in a postgraduate training course once in 5 years). These events were held in major cities of every region of the country and were selected to ensure that (1) they did not provide any lectures on dementia at the time, and that (2) GPs from all 19 counties of Hungary could be represented among the attendees. In total, 402 GPs volunteered to participate in the project by completing and handing back the questionnaire, which is more than 8% of all 4,850 GPs in Hungary (excluding GPs working with children) (Hungarian Central Statistical Office, [n.d.a](#)). Participation was voluntary and anonymous; GPs were informed about the aim of the project and did not receive any financial compensation. The study was conducted in compliance with the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the Regional and Institutional Research Ethics Committee of the University of Pécs, Hungary.

The numbers of valid answers varied with each question (mean completion rate: 78.9%); relevant numbers are indicated at the appropriate sections. Descriptive analysis was carried out on respondents' answers; in the case of the four open-ended questions, analysis was preceded by the coding and classification of the answers into categories established by the authors. Data were analyzed using the SPSS v.24 statistical analysis software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## **Results**

### **Demographics and practice characteristics**

In our sample, there were slightly more females (53.7%) than males. More than half of the respondents were over the age of 55 (56.7%) and have been practicing for more than 20 years (62.0%). Only one-fifth (19.4%) of GPs reported taking part in a dementia-focused training course or lecture on dementia in the past 2 years. Although the participants were not recruited representatively, the sample's demographics is comparable to that of the target group: Hungarian GPs also have a relatively equal gender split (with 51% males) and the majority (approximately 72%) are above the age of 55 (Hungarian National Healthcare Service Center, [2015](#)). Characteristics of practices and demographic information are detailed in [Table 2](#).



**Table 2.** General practitioners' demographics and practice characteristics.

Characteristics	Options	%
Gender ( $n = 387$ )	male	46.3%
	female	53.7%
Age ( $n = 393$ )	25–35	5.9%
	36–45	12.5%
	46–55	24.9%
	56–65	40.2%
	65+	16.5%
Years in GP practice ( $n = 390$ )	0–10	19.2%
	11–20	18.7%
	21–30	31.8%
	31–40	21.0%
	40+	9.2%
Number of dementia patients ( $n = 383$ )	0–50	49.9%
	51–100	38.1%
	101–150	8.4%
	151–200	2.6%
	200+	1.0%
Place of practice ( $n = 372$ )	urban	66.1%
	rural	33.9%
Dementia training (last two years) ( $n = 366$ )	yes	19.4%
	no	80.6%

### Dementia risk factors and preventive methods

Four open-ended questions were administered to examine Hungarian GPs' basic knowledge on dementia. First, GPs were asked to list risk factors for dementia (Table 3). Out of the 700 answer items ( $n = 209$ ; item/respondent:  $M = 3.35$ ;  $SD = 1.531$ ), 5 main categories emerged. More than one-third of all items belonged to the category of (1) vascular and metabolic factors (38.3%) (e.g. cerebro-cardiovascular diseases, hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, metabolic disturbances or stroke), followed by (2) lifestyle and health-care factors (29.1%) (e.g. alcohol/drug use, smoking, unhealthy diet/obesity, physical and cognitive inactivity, stress or improper medication), then (3) social and psychological factors (12.1%) (e.g. isolation or depression), (4) genetic factors (10.3%) (e.g. familial occurrence of dementia) and finally (5) demographic predispositions (10.1%) (e.g. old age, low education or sex/gender).

**Table 3.** General practitioners' perception of risk factors for dementia (organized into categories).

Main categories	Vascular and metabolic factors	Lifestyle and health care factors	Social and psychological factors	Genetic factors	Demographic predispositions
<i>Examples</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cerebro-cardiovascular diseases</li> <li>● Hypertension</li> <li>● Diabetes mellitus</li> <li>● Hyperlipidemia</li> <li>● Metabolic disturbances</li> <li>● Stroke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alcohol or drug abuse</li> <li>● Smoking</li> <li>● Cognitive inactivity</li> <li>● Unhealthy diet</li> <li>● Obesity</li> <li>● Physical inactivity</li> <li>● Stressful lifestyle</li> <li>● Improper medication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Social isolation</li> <li>● Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Familial occurrence of dementia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Old age</li> <li>● Low education</li> <li>● Sex/Gender</li> </ul>
<i>Respondents</i>			$n = 209$		
<i>Total response items</i>			700		
<i>Item/category</i>	269 (38.3%)	204 (29.1%)	85 (12.1%)	72 (10.3%)	71 (10.1%)

In addition to risk factors, GPs were also asked to gather possible preventive methods for dementia. In total, 353 answer items were given ( $n = 152$ ; item/respondent:  $M = 2.32$ ;  $SD = 1.412$ ), which could be grouped into four sections. More than half of the items concerned (1) healthy lifestyle (58.4%) (e.g. cognitive and physical activity, healthy diet, avoidance of alcohol or drugs and smoking). GPs also mentioned the importance of (2) proper medical care (15.3%) (e.g. early case-finding, regular medical checkups or adequate therapy), (3) prevention/treatment of somatic diseases (14.2%) (e.g. treatment of cerebro-cardiovascular diseases, hypertension or diabetes mellitus), and (4) improvement of psychosocial factors (12.2%) (e.g. active social life, supporting familial background or stimulating environment).

### Types of dementia and reversible forms

In the following open-ended question, GPs were requested to list dementia types. From the total of 933 answer items ( $n = 267$ ; item/respondent:  $M = 3.49$ ;  $SD = 1.595$ ), five groups of dementia types could be distinguished: almost half of the answers belonged to (1) primary neurodegenerative diseases (45.0%) (e.g. Alzheimer's disease (AD), Parkinson's disease, Huntington's disease, frontotemporal dementia (e.g. Pick's disease) or dementia with Lewy bodies (DLB)), followed by (2) vascular dementia diseases (29.4%) (e.g. vascular dementia (VD) or post-stroke dementia), (3) secondary dementia diseases (18.1%) (e.g. associated with inflammations or infections, intoxications, or with somatic diseases), (4) mixed dementia diseases (4.6%), and (5) other miscellaneous disorders (2.9%) (e.g. cognitive impairments in affective disorders or MCI) (Table 4).

In a similar manner, participants also listed reversible dementia types. Altogether 243 answer items were given ( $n = 126$ ; item/respondent:  $M = 1.93$ ;  $SD = 1.291$ ), almost half of them in the category of (1) secondary dementia diseases (48.1%) (e.g. dementias associated with toxic/infectious causes), one-fifth among (2) dementia diseases with a vascular origin (22.2%) (e.g. post-stroke or VD) or (3) cognitive impairments in affective disorders (19.3%); and only a minor percentage of answer items belonged to the category of (4) primary neurodegenerative diseases (9.1%) (e.g. Parkinson's disease) or to (5) mixed dementias (1.2%).

**Table 4.** General practitioners' perception of types of dementia (organized into categories).

Main categories	Primary neurodegenerative diseases	Vascular dementia diseases	Secondary dementia diseases	Mixed dementia diseases	Miscellaneous
<i>Examples</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alzheimer's disease</li> <li>• Parkinson's disease</li> <li>• Huntington's disease</li> <li>• Frontotemporal dementia (e.g. Pick's disease)</li> <li>• Dementia with Lewy bodies</li> <li>• Other genetic origin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vascular dementia (e.g. multi-infarct dementia)</li> <li>• Post-stroke dementia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections/inflammations (e.g. Creutzfeldt-Jakob disease)</li> <li>• Intoxications (e.g. alcohol, drugs)</li> <li>• Traumas</li> <li>• Secondary dementias associated with somatic diseases</li> <li>• Other secondary dementias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixed type dementias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitive impairments in affective disorders</li> <li>• Mild Cognitive Impairment</li> </ul>
<i>Respondents</i>			$n = 267$		
<i>Total response items</i>			933		
<i>Item/category</i>	420 (45.0%)	274 (29.4%)	169 (18.1%)	43 (4.6%)	27 (2.9%)

### **Prevalence of different dementia types and conditions associated with dementia**

To investigate how Hungarian GPs perceive the frequency of dementia forms and other neurodegenerative conditions associated with dementia, respondents ( $n = 235$ ) were requested to rank nine types, beginning with the most common one. Regarding the three most common distinct types of dementia, results showed that GPs perceived VD as the leading form, followed by AD, while DLB was ranked as the seventh (detailed results are provided in Table 5).

### **Symptoms of mild cognitive impairment and dementia**

Fixed-response questions were administered to explore more specific knowledge on dementia and its common prodromal syndrome. MCI does not interfere significantly with daily activities but is associated with an increased risk of developing dementia. However, almost half (44.9%;  $n = 157$ ) of all respondent GPs reported that they did not know MCI. When asked to mark one or more symptoms of MCI from a list of 7 items, GPs marked the answers with the following percentages: concentration deficit (70.5%;  $n = 256$ ), subjective memory complaints (63.1%;  $n = 229$ ), deficits in daily routine activities (59.8%;  $n = 217$ ), learning deficit (56.2%;  $n = 204$ ), decreased judgment (22.0%;  $n = 80$ ), decreased self-reliance (14.3%;  $n = 52$ ), and severe social dysfunctions (10.2%;  $n = 37$ ).

Regarding recognition of dementia, GPs were asked to mark one or more symptoms (from a list of 9 items) that they considered indicative of dementia. The percentages of respondents who marked each answer were the following (in descending order): memory impairment (98.4%;  $n = 363$ ), personality change (83.2%;  $n = 307$ ), depression (64.2%;  $n = 237$ ), sleeping disorder (57.5%;  $n = 212$ ), aggression (37.7%;  $n = 139$ ), delusion (33.1%;  $n = 122$ ), hallucination (31.2%;  $n = 115$ ), apraxia (27.1%;  $n = 100$ ) and delirium (12.7%;  $n = 47$ ). The higher percentages indicate the more GPs believing that the named symptom accompanies dementia.

### **Pharmacological therapy of dementia**

GPs were also inquired about different anti-dementia medications. When presented with three different stages of dementia (mild, moderate and severe), GPs had to choose which group(s) of medications they recommended for each from a list of three: glutamergic agents, acetylcholinesterase inhibitors and cognition-enhancing supplements (including nootropics, vasoactive- or ginkgo-containing agents and vitamin E). Cognition-enhancing supplements were recommended by a high percentage of GPs in the mild stage, but their role decreased with the severity of dementia. Complementarily, recommendations of acetylcholinesterase inhibitors and glutamergic agents increased in moderate and especially in severe dementia (detailed results are provided in Table 6).

**Table 5.** General practitioners' ranking of different dementia types based on their prevalence.

Ranking based on GPs' answers	M ( $n = 235$ )	SD	Ranking based on prevalence studies <sup>+</sup>
1. Vascular dementia*	1.2	0.51	2.
2. Alzheimer's disease*	2.9	1.29	1.
3. Mixed dementia	3.3	1.30	3.
4. Parkinson's disease	3.6	1.47	5.
5. Frontotemporal dementia	4.8	1.34	6.
6. Pick's disease	6.7	1.22	7.
7. Dementia with Lewy bodies*	6.8	1.68	4.
8. Creutzfeldt-Jakob disease*	7.7	1.21	9.
9. Huntington's disease*	7.8	1.26	8.

M, SD: mean and standard deviation of rank values; \*changes of relative order compared to correct ranking;

<sup>+</sup> (Burns & Iliffe, 2009; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2018; Onyike & Diehl-Schmid, 2013; Rawlins et al., 2016; Tysnes & Storstein, 2017).

**Table 6.** General practitioners' recommendations of anti-dementia medications in different dementia stages.

	cognition-enhancing supplements	acetylcholinesterase inhibitors	glutamergic agents
mild* ( <i>n</i> = 351)	96.3%	7.1%	2.3%
moderate* ( <i>n</i> =293)	63.5%	35.8%	20.8%
severe* ( <i>n</i> = 262)	42.0%	35.1%	42.4%

\* multiple choice question; percentages do not add up to 100%.

Regarding the clinical efficacy of the anti-dementia medications available in Hungary, the majority of GPs (74.9%; *n* = 286) agreed that adequate pharmacological treatment can slow down disease progression; more than one-third (39.0%; *n* = 149) believed that these medications can reduce dementia symptoms, while only very few (3.1%; *n* = 12) thought that they can temporarily stop progression or completely eliminate the underlying cause of dementia (0.8%; *n* = 3). The majority of respondent GPs held the view that a minimum of 3 months (62.7%; *n* = 235) is needed to judge the efficacy of the chosen medical treatment in dementia, rather than a minimum of 1 month (3.5%; *n* = 13), 18 months (21.6%; *n* = 81) or 24 months (12.3%; *n* = 46).

## Discussion

### Main findings

The aim of the present study was to gather data for the first time about Hungarian GPs' knowledge on the different aspects of dementia and its prodromal stage, MCI. GPs demonstrated sufficient awareness of areas like risk and preventive factors of dementia, as well as main dementia types and leading symptoms; however, uncertainties were revealed regarding epidemiology, awareness of MCI, and also the use of medications in the different stages of dementia. A small fraction of the sample had attended a lecture about dementia or had participated in a dementia-focused training in the past 2 years.

### Interpretation of the results

Findings of the present study indicated that respondent Hungarian GPs were in possession of sufficient information about the major characteristics of dementia. Regarding open-ended questions (which had not been used previously in similar studies), GPs demonstrated awareness of a wide range of risk factors and preventive methods, especially lifestyle choices that strongly affect VD and are associated with the clinical expression of AD (Rosendorff, Beeri, & Silverman, 2007), and could list the major types of dementia. GPs chose memory problems as the leading symptom (which was also perceived as a key symptom in a Maltese GP-study (Caruana-Pulpan & Scerri, 2014)); and it coincides with the finding that the first doctor's appointment of patients later diagnosed with dementia is usually prompted by forgetfulness (Wilkinson et al., 2004).

An unanticipated result was that almost half of the respondents in our study reported that they were not familiar with the concept of MCI. Regarding its symptoms, the two most frequently chosen items were indeed signature signs of MCI, but a considerable percentage of GPs associated even some of the dementia-indicating symptoms with the condition. In view of GPs' self-reported unawareness, their answers do not imply either confident knowledge on the topic or an early detection-focused approach. Low awareness and detection difficulties of MCI were reported in Israel and Germany as well (Kaduzskiewicz et al., 2010; Werner, Heinik, & Kitai, 2013). Since more than half of MCI cases transition to dementia within 5 years (Gauthier et al., 2006), uncertain knowledge on its prodromal syndrome foreshadows problems regarding the chances of early recognition.

Based on our results, an intriguing pattern of answers could be observed in the case of certain questions, which could be partially derived from local features and the division of tasks in dementia diagnosis and management in the Hungarian health-care system. Regarding the prevalence of different

dementia types, Hungarian GPs in our sample believed that VD was the most common form, instead of AD. While epidemiological knowledge has been showed to be problematic for GPs of other countries as well (e. g. Jacinto, Villas Boas, Mayoral, & Citero, 2016; Turner et al., 2004), the specific perceptions of Hungarian GPs may also have explanations stemming from a local epidemiological characteristic: although AD accounts for more than two-thirds of all dementia cases worldwide and is the leading form in Hungary as well, the prevalence of VD is estimated to be higher here compared to other countries (Takacs, Ungvari, & Gazdag, 2015). GPs also ranked DLB as a relatively rare disease, despite it being the third most frequent clear form of dementia following AD and VD (Burns & Iliffe, 2009). This might be partly attributable to the fact that in the ICD-10 (*10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*; World Health Organization, 2016) no official classification code can be assigned to DLB on patient records, making it appear to be less frequent and significant to GPs' practices. Furthermore, while awareness of the different subtypes of dementia and their epidemiology holds great significance in making a diagnosis, in Hungary, this process is not solely dependent on GPs. Identifying the subtype of dementia requires neuroimaging, which is usually initiated by specialists (neurologists or psychiatrists) and evaluated by multidisciplinary teams.

Specifications and features of the health-care system offer another angle on the questions regarding pharmacological therapy as well. GPs' practices are regulated and often limited by local rules and guidelines: in many European countries (including Hungary) GPs officially do not have the right to prescribe cholinesterase inhibitors or glutamergic agents (Petrazzuoli et al., 2017). Furthermore, tailoring the medication to specific cases often relies on the expertise and equipment of secondary care: in our study, several Hungarian GPs also supported this notion by adding in free comments that deciding on medication is a task for specialists. With these in mind, respondents' answers in this study concerning pharmacological therapy were not inexplicable: cognition-enhancing supplements were recommended for all stages of the disease, even though their efficacy is only supported by evidence in certain types of dementia (O'Brien et al., 2017; Román, 2003). GPs in a Maltese national study also did not tailor pharmacological therapy to dementia severity properly: one type of medication (acetylcholinesterase inhibitors) was mostly suggested by GPs to treat all stages of AD (Caruana-Pulpan & Scerri, 2014).

### **Implications for the future**

In our sample, only one-fifth (19.4%) of respondent GPs reported that they had attended a lecture about dementia or had participated in a dementia-focused training in the past 2 years. However, based on our findings, updating GPs' current knowledge would be beneficial in all areas (and crucial in the case of MCI). Since the range of clinical conditions that GPs encounter day by day might be too broad for maintaining high levels of personal knowledge and deep expertise in every area (Pucci et al., 2004), GPs should be supported by continuous education.

Besides putting more emphasis on dementia in medical school and specialty programs (during the years of residency and fellowship), another way of providing GPs with scientifically up-to-date information about dementia would be the organization of regular post-graduate trainings for them, tailored specifically to the needs and characteristics of primary care in the specific country. Many studies reported the benefits of such educational programs for GPs: some authors described the success of a 3-day long, skill-based program that increased GPs' use of screening instruments (Galvin, Meuser, & Morris, 2012); other training sessions resulted in higher numbers of correctly detected dementia patients (Rondeau et al., 2008); while practice-based workshops and an inbuilt support software in the medical records also significantly improved GPs' dementia detection rates (Downs et al., 2006). However, a systematic review raised questions about the efficacy of certain types of educational programs (Perry et al., 2011): it suggested that lectures alone do not increase adherence to dementia guidelines, but trainings that require active participation of GPs can actually improve detection rates – favorably combined with organizational incentives. Besides the obtainable (factual and practical) knowledge, another positive impact of such trainings would be GPs' increased feelings of competence and confidence regarding dementia,

which may improve their attitude toward case-finding, also positively affecting their diagnostic efficacy (Kaduszkiewicz, Wiese, & van Den Bussche, 2008).

In Hungary, organized education is mainly accessible for GPs through participation on post-graduate trainings (mandatory in every 5 years). These trainings however do not necessarily include lectures on dementia, even though such lectures have been reported to positively influence the attitudes of Hungarian GPs toward the management of their dementia patients (Heim et al., 2019). Regarding the effects of education on GPs' dementia knowledge, more focused and systematic studies would be needed in the future.

### **Strengths and limitations**

The greatest strength of the present study is its novelty in delivering new information from East-Central Europe since the existing scientific literature does not provide sufficient data on GPs' dementia knowledge from this region. Additionally, as opposed to previous studies, the questionnaire applied here was designed specifically to include question types (open-ended, ranking) that offer more insight into GPs' knowledge than true/false statements or simple quiz questions.

Potential limitations of the current study should be also considered when interpreting the results. Firstly, as participation was completely voluntary, results might represent the knowledge and views of a more well-informed and motivated sample of GPs. Secondly, since dementia is within the normal remit of GPs' field of competence, it needs to be considered that the reason behind missing responses to certain questions was actual lack of knowledge. Thirdly, as a drawback of the applied pen-and-paper format questionnaire, the number of responses varied throughout (and was below the total number of participants in every case), limiting the validity of the questions with less answers. And fourthly, although the ranking task and certain types of questions (e.g. open-ended) were consciously applied in order to obtain a deeper understanding about GPs' knowledge, since similar studies mostly included typically quiz-like questions, international comparisons could not be made in every case.

### **Conclusions**

Based on the authors' information, this was the first study targeting the knowledge of Hungarian GPs regarding dementia, adding to the currently scarce scientific literature on the topic in the East-Central European region. Respondents demonstrated adequate knowledge on areas that are possibly more relevant to GPs' practices and scope of duties (risk and preventive factors, main types and symptoms of dementia); however, uncertainties were also revealed (regarding mostly awareness of MCI, but also in knowledge on epidemiology and pharmacological therapy). To improve dementia detection, longer GP-patient consultation times, practical and clear dementia guidelines and the use of cognitive assessment instruments among elderly patients would be just as valuable and necessary as continued dementia education for GPs.

### **Acknowledgments**

The authors wish to thank all participating general practitioners for their cooperation.

### **Disclosure statement**

No potential conflict of interest was reported by the authors.

### **Funding**

The authors NI and RB were supported by the University of Szeged, Faculty of Medicine (grant number: EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009) during the writing of this work.



**ORCID**Nóra Imre  <http://orcid.org/0000-0003-4212-8638>**References**

- Ahmad, S., Orrell, M., Iliffe, S., & Gracie, A. (2010). GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice*, 60(578), 360–365. doi:10.3399/bjgp10X515386
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Boustani, M., Peterson, B., Hanson, L., Harris, R., & Lohr, K. N. (2003). Screening for dementia in primary care: A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 138(11), 927–937. doi:10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00015
- Bradford, A., Kunik, M. E., Schulz, P., Williams, S. P., & Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(4), 306–314. doi:10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc
- Burns, A., & Iliffe, S. (2009). Dementia. *BMJ*, 338, b75. doi:10.1136/bmj.b75
- Caruana-Pulpan, O., & Scerri, C. (2014). Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners – A national survey. *Aging & Mental Health*, 18(2), 179–186. doi:10.1080/13607863.2013.819833
- Connolly, A., Gaehl, E., Martin, H., Morris, J., & Purandare, N. (2011). Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging & Mental Health*, 15(8), 978–984. doi:10.1080/13607863.2011.596805
- Downs, M., Turner, S., Bryans, M., Wilcock, J., Keady, J., Levin, E., ... Iliffe, S. (2006). Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: Cluster randomized controlled study. *BMJ*, 332(7543), 692–696. doi:10.1136/bmj.332.7543.692
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., & Ganguli, M.; Alzheimer's Disease International. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112–2117. doi:10.1016/S0140-6736(05)67889-0
- Galvin, J. E., Meuser, T. M., & Morris, J. C. (2012). Improving physician awareness of Alzheimer disease and enhancing recruitment: The Clinician Partners Program. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(1), 61–67. doi:10.1097/WAD.0b013e318212c0df
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., & Broich, K.; International Psychogeriatric Association Expert Conference on Mild Cognitive Impairment. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 367(9518), 1262–1270. doi:10.1016/S0140-6736(06)68542-5
- Heim, S., Busa, C., Pozsgai, É., Csikós, Á., Papp, E., Pákási, M., ... Karádi, K. (2019). Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e92), 1–6. doi:10.1017/S1463423619000203
- Hungarian Central Statistical Office. (n.d.a). Number of practicing general practitioners in Hungary (2007–2017). [Data base]. Retrieved from <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?&lang=en>.
- Hungarian Central Statistical Office. (n.d.b). *Resident population by age group (2001–2019)* [Data base]. Retrieved from [https://www.ksh.hu/docs/eng/xstadat/xstadat\\_annual/i\\_wdsd004c.html](https://www.ksh.hu/docs/eng/xstadat/xstadat_annual/i_wdsd004c.html).
- Hungarian National Healthcare Service Center (2015). *Report on human resources in the healthcare branch in 2014*. Retrieved from [https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR\\_beszamolo\\_2014.pdf](https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2014.pdf).
- Iliffe, S., Manthorpe, J., & Eden, A. (2003). Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: A qualitative study. *Family Practice*, 20(4), 376–381. doi:10.1093/fampra/cm9407
- Jacinto, A. F., Villas Boas, P. J. F., Mayoral, V. F. S., & Citero, V. A. (2016). Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, 10(1), 37–41. doi:10.1590/S1980-57642016DN10100007
- Jorm, A. F., & Jolley, D. (1998). The incidence of dementia: A meta-analysis. *Neurology*, 51(3), 728–733. doi:10.1212/wnl.51.3.728
- Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., & van Den Bussche, H. (2008). Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey. *BMC Health Services Research*, 8(54). doi:10.1186/1472-6963-8-54
- Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., van Den Bussche, H., Bachmann, C., Wiese, B., & Bickel, H.; AgeCoDe Study Group. (2010). Do general practitioners recognize mild cognitive impairment in their patients? *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 14(8), 697–702. doi:10.1007/s12603-010-0038-5
- Koch, T., & Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 11(1). doi:10.1186/1471-2296-11-52

- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2018). *Creutzfeldt-Jakob disease fact sheet*. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-sheets/Creutzfeldt-Jakob-Disease-Fact-Sheet>.
- O'Brien, J. T., Holmes, C., Jones, M., Jones, R., Livingston, G., McKeith, I., ... Burns, A. (2017). Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 31(2), 147–168. doi:10.1177/0269881116680924
- Ólafsdóttir, M., Skoog, I., & Marcusson, J. (2000). Detection of dementia in primary care: The Linköping study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11(4), 223–229. doi:10.1159/000017241
- Onyike, C. U., & Diehl-Schmid, J. (2013). The epidemiology of frontotemporal dementia. *International Review of Psychiatry*, 25(2), 130–137. doi:10.3109/09540261.2013.776523
- Pathak, K. P., & Montgomery, A. (2015). General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging & Mental Health*, 19(10), 912–920. doi:10.1080/13607863.2014.976170
- Pentzek, M., Abholz, H. H., Ostapczuk, M., Altiner, A., Wollny, A., & Fuchs, A. (2009b). Dementia knowledge among general practitioners: First results and psychometric properties of a new instrument. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1105–1115. doi:10.1017/S1041610209990500
- Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jessen, F., Haller, F., & Maier, W.; AgeCoDe Study Group. (2009a). Apart from nihilism and stigma: What influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 965–975. doi:10.1097/JGP.0b013e3181b2075e
- Perry, M., Drašković, I., Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., van Achterberg, T., & Rikkert, M. O. (2011). Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 1–11. doi:10.1002/gps.2479
- Petrazzuoli, F., Vinker, S., Koskela, T. H., Frese, T., Buono, N., Soler, J. K., ... Thulesius, H. (2017). Exploring dementia management attitudes in primary care: A key informant survey to primary care physicians in 25 European countries. *International Psychogeriatrics*, 29(9), 1413–1423. doi:10.1017/S1041610217000552
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., Prina, M., & Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London, UK: Author.
- Pucci, E., Angeleri, F., Borsetti, G., Brizioli, E., Cartechini, E., Giuliani, G., & Solari, A. (2004). General practitioners facing dementia: Are they fully prepared? *Neurological Sciences*, 24(6), 384–389. doi:10.1007/s10072-003-0193-0
- Rawlins, M. D., Wexler, N. S., Wexler, A. R., Tabrizi, S. J., Douglas, I., Evans, S. J., & Smeeth, L. (2016). The prevalence of Huntington's disease. *Neuroepidemiology*, 46(2), 144–153. doi:10.1159/000443738
- Román, G. C. (2003). Vascular dementia: Distinguishing characteristics, treatment, and prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), S296–304. doi:10.1046/j.1532-5415.5155.x
- Rondeau, V., Allain, H., Bakchine, S., Bonet, P., Brudon, F., Chauplannaz, G., ... Dartigues, J.-F. (2008). General practice-based intervention for suspecting and detecting dementia in France. *Dementia*, 7(4), 433–450. doi:10.1177/1471301208096628
- Rosendorff, C., Beeri, M. S., & Silverman, J. M. (2007). Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 16(3), 143–149. doi:10.1111/j.1076-7460.2007.06696.x
- Takacs, R., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2015). Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17(3), 141–145.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E., ... O'Carroll, R. (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*, 33(5), 461–467. doi:10.1093/ageing/afh140
- Tysnes, O. B., & Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, 124(8), 901–905. doi:10.1007/s00702-017-1686-y
- Veneziani, F., Panza, F., Solfrizzi, V., Capozzo, R., Barulli, M. R., Leo, A., ... Logroscino, G. (2016). Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: Pass or fail? *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1111–1124. doi:10.1017/S1041610216000041
- Werner, P., Heinik, J., & Kitai, E. (2013). Familiarity, knowledge, and preferences of family physicians regarding mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 805–813. doi:10.1017/S1041610212002384
- Wilkinson, D., Stave, C., Keohane, D., & Vincenzino, O. (2004). The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: A multinational survey. *Journal of International Medical Research*, 32(2), 149–159. doi:10.1177/147323000403200207
- Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., & Winblad, B.; Alzheimer Disease International. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 1–11. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.006
- World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision*. Geneva, Switzerland: Author.





## Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition

Réka Balogh, Nóra Imre, Edina Papp, Ildikó Kovács, Szilvia Heim, Kázmér Karádi, Ferenc Hajnal, Magdolna Pákáski & János Kálmán

To cite this article: Réka Balogh, Nóra Imre, Edina Papp, Ildikó Kovács, Szilvia Heim, Kázmér Karádi, Ferenc Hajnal, Magdolna Pákáski & János Kálmán (2019): Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition, European Journal of General Practice, DOI: [10.1080/13814788.2019.1673723](https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1673723)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1673723>



© 2019 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



[View supplementary material](#)



Published online: 11 Oct 2019.



[Submit your article to this journal](#)



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)

## Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition

Réka Balogh<sup>a</sup> , Nóra Imre<sup>a</sup> , Edina Papp<sup>a</sup>, Ildikó Kovács<sup>a</sup>, Szilvia Heim<sup>b</sup>, Kázmér Karádi<sup>c</sup>, Ferenc Hajnal<sup>d</sup>, Magdolna Pákáski<sup>a</sup> and János Kálmán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; <sup>b</sup>Department of Primary Health Care, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; <sup>c</sup>Institute of Behavioral Sciences, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; <sup>d</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

### KEY MESSAGES

- Hungarian GPs were aware of the benefits of early dementia recognition.
- Most GPs do not use cognitive tests for case-finding.
- Besides providing longer consultation times, the primary way to improve the efficacy of recognition would be to construct a cost- and time-effective dementia identification strategy applicable in GPs' practices.

### ABSTRACT

**Background:** Undetected dementia in primary care is a global problem. Since general practitioners (GPs) act as the first step in the identification process, examining their routines could help us to enhance the currently low recognition rates.

**Objectives:** The study aimed to explore, for the first time in Hungary, the dementia identification practices and views of GPs.

**Methods:** In the context of an extensive, national survey (February–November 2014) 8% of all practicing GPs in Hungary ( $n=402$ ) filled in a self-administered questionnaire. The questions (single, multiple-choice, Likert-type) analysed in the present study explored GPs' methods and views regarding dementia identification and their ideas about the optimal circumstances of case-finding.

**Results:** The vast majority of responding GPs (97%) agreed that the early recognition of dementia would enhance both the patients' and their relatives' well-being. When examining the possibility of dementia, most GPs (91%) relied on asking the patients general questions and only a quarter of them (24%) used formal tests, even though they were mostly satisfied with both the Clock Drawing Test (69%) and the Mini-Mental State Examination (65%). Longer consultation time was chosen as the most important facet of improvement needed for better identification of dementia in primary care (81%). Half of the GPs (49%) estimated dementia recognition rate to be lower than 30% in their practice.

**Conclusions:** Hungarian GPs were aware of the benefits of early recognition, but the shortage of consultation time in primary care was found to be a major constraint on efficient case-finding.

### ARTICLE HISTORY

Received 8 February 2019  
Revised 19 July 2019  
Accepted 19 September 2019

### KEYWORDS

General practitioners;  
primary care; dementia;  
case-finding; cognitive tests

## Introduction

General practitioners (GPs) are greatly involved in the early stages of the dementia recognition process, as most patients visit them first to have their initial cognitive examination [1]. In Hungary, the estimated number of patients with dementia lies between 150,000

and 300,000 registered cases [2,3]. Due to the rapidly aging population, GPs in primary care are prone to see even more dementia patients in the future.

In Hungary, the dementia identification process depends on multiple professionals. Potential pathways to the identification of dementia could involve the

**CONTACT** Réka Balogh [balogh.reka@med.u-szeged.hu](mailto:balogh.reka@med.u-szeged.hu) Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

Supplemental data for this article can be accessed [here](#).

© 2019 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

patients' subjective complaints and/or their family members' reports on cognitive problems, GPs' concerns about signs of dementia during patient consultation, targeted case-finding and population screening [4]. If needed, GPs can decide to carry out basic neuropsychological tests (of which the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Clock Drawing Test (CDT) are financially reimbursed) and/or refer potential dementia patients to secondary care (memory clinic, psychiatry, neurology) for further investigation. Establishment of the diagnosis, identification of the etiology based on the International Classification of Diseases – 10th revision (ICD-10) and the prescription of the necessary anti-dementia medications are the tasks of psychiatrists or neurologists. After the diagnostic work-up, the specialists usually schedule patients for regular follow-up as well.

The difficulty of early dementia recognition is a global problem: research suggests that a substantial amount of dementia cases (up to 66%) is missed in primary care [5]. One of the main obstacles towards effective dementia case-finding in primary care is the low use of standardised cognitive tests. Not only is dementia a taboo topic for many GPs [6], some of them also experience ambivalence regarding the advantages of early diagnosis [7], thinking that treatment options are limited or non-existent, while some even believe that nothing could be done for patients with dementia [8].

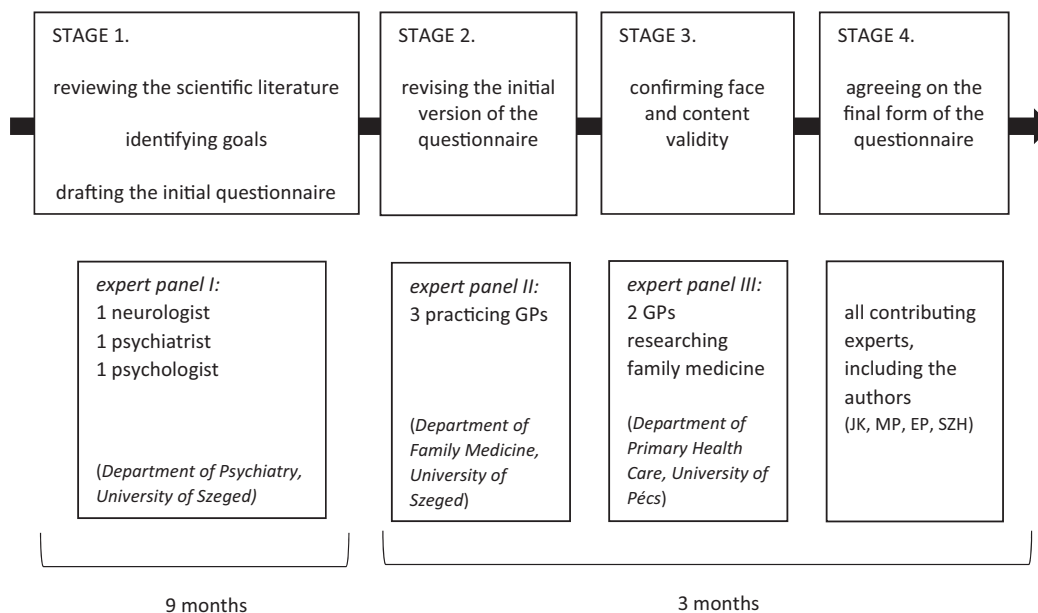
Apart from an international study with limited sample sizes [9], no extensive research has been conducted on GPs' routines and views regarding dementia management neither in Hungary nor in many East-Central

European countries. To address the lack of research, experts of two Hungarian universities collaborated on a large-scale project to examine several aspects of GPs in dementia care (see Methods section). As part of this project, the present study's main aim was (1) to identify the methods currently being used by Hungarian GPs for the recognition of dementia; (2) to observe GPs' satisfaction with the most widespread dementia screening tests; (3) to examine GPs' views regarding dementia and its management and (4) to explore their ideas about an ideal test for early recognition and those optimal circumstances that could contribute to the establishment of more efficient and effective ways of dementia identification in Hungarian primary care.

## Methods

### Instrument

To meet the aims of the project, a self-administered questionnaire was designed specifically to explore a broad range of aspects regarding GPs' role in dementia detection and management in Hungary. The project investigated several significant topics, including GPs' routines and perspectives regarding dementia detection in Hungary (which is covered by the present paper); GPs' factual knowledge of dementia [10] and also their attitudes regarding dementia patients and their management [11]. The development and validation of the questionnaire was a multistage process, taking up one year (Figure 1). The questions analysed in the present paper were fixed-response (single or



**Figure 1.** The multistage process of the questionnaire development.

multiple choice) and Likert-type questions; open-ended questions were not applied. (For the list of questions, refer [Supplementary Material](#)).

### Participants and data collection

In Hungary, all practicing GPs must participate in a continuous education program, which means attending one professional training course in every 5 year period. Since our aim was to reach as many GPs as possible from every region of the country, the questionnaires were distributed at six major mandatory training courses and at three national conferences within a 10-month time frame, between February and November 2014. In order to avoid the courses' influence on the results of the study, we selected events that did not provide any specific education about dementia during our recruitment period. Ethical approval was obtained from the Regional and Institutional Research Ethics Committee of the University of Pécs (reference number: 5244).

The questionnaires were distributed on-site among the GP-attendees at the selected trainings and conferences, along with a written informative. Participation was entirely voluntary and anonymous. Completion rate varied for each question (the questions were completed on average by 86% of the respondents); therefore, in Results, the numbers of responses are indicated in brackets for each question.

Data was analysed using the SPSS v.24 statistical analysis software package (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation) were applied for all items on the questionnaire. Comparative analysis was executed for one question, using the Wilcoxon signed ranks test (statistical significance was set at the 5% level).

## Results

### Demographic properties and practice characteristics

Altogether 402 GPs handed back their completed questionnaire, which is more than 8% of all 4,850 GPs

**Table 1.** GPs' demographics and characteristics of practices.

Gender ( <i>n</i> = 387)	%	Place of practice ( <i>n</i> = 372)	%	Dementia training (last 2 years) ( <i>n</i> = 366)	%
Male	46.3	Urban	66.1	yes	19.4
Female	53.7	rural	33.9	no	80.6
Age ( <i>n</i> = 393)	%	Number of patients/day ( <i>n</i> = 393)	%	Number of dementia patients ( <i>n</i> = 383)	%
25–35	5.9	0–30	2.0	0–50	49.9
36–45	12.5	31–40	16.9	51–100	38.1
46–55	24.9	41–50	27.9	101–150	8.4
56–65	40.2	51–60	25.1	151–200	2.6
65+	16.5	60+	25.9	200+	1.0

practicing in Hungary in 2014 [12]. Demographic information and characteristics of practices are presented in [Table 1](#).

### Ways of dementia evaluation and views on cognitive tests

The vast majority of GPs reported that they ask the patient general questions (91%; *n* = 355) or they gather information from relatives (64%; *n* = 253). Only a quarter of them (24%; *n* = 95) indicated that they utilise cognitive tests and some did not perform any examinations at all to test for the possible occurrence of dementia (5%; *n* = 22) ([Table 2](#)).

Two of the most widely used tests for dementia evaluation, the MMSE and the CDT, are fairly well-known among respondents: most GPs reported that they knew CDT (89%; *n* = 307) and fewer people stated familiarity with MMSE (76%; *n* = 265). One-fifth (18%; *n* = 63) of the respondents said that they knew Early Mental Test, however, only a few GPs stated they were familiar with Mini-Cog (4%; *n* = 17) or GPCOG (1%; *n* = 4). More than two-thirds of respondents indicated they were (completely or mostly) satisfied with the CDT (69%; *n* = 152) while a slightly lower percentage of them expressed satisfaction with the MMSE (65%; *n* = 98) ([Table 3](#)).

**Table 2.** GPs' ways of dementia evaluation at their practices.

Dementia evaluation method	<i>n</i>	%
Asking general questions	355	91.0
Gathering information from relatives	253	64.9
Taking cognitive tests	95	24.4
No examination	22	5.6

**Table 3.** GPs' satisfaction regarding the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Clock Drawing Test (CDT).

Test	Level of satisfaction					<i>n</i>	<i>M</i>	SD
	1	2	3	4	5			
CDT	1.8%	13.8%	14.7%	46.3%	23.4%	218	3.76	1.021
MMSE	1.3%	17.3%	16.0%	49.3%	16.0%	150	3.61	0.995

1: not satisfied at all; 5: completely satisfied; *M* and SD: mean and standard deviation of the Likert-type scale values.

**Table 4.** GPs' views of the detection and management of dementia.

Statement	Level of agreement					<i>n</i>	<i>M</i> (SD)
	Strongly agree	Mostly agree	Cannot decide	Mostly disagree	Strongly disagree		
Screening in primary care leads to more effective outcomes in therapy.	35.1%	33.2%	19.8%	8.3%	3.5%	373	2.12 (1.089)
If conditions were suitable, I would implement screening tests for early detection of dementia.	25.7%	53.3%	6.4%	13.0%	1.6%	377	2.11 (0.987)
Managing dementia patients and their caregivers takes more time than I can afford at my practice.	31.9%	43.4%	5.2%	15.6%	3.9%	385	2.16 (1.150)
Currently available anti-dementia therapies are effective.	1.9%	14.8%	26.7%	37.2%	19.4%	371	3.57 (1.022)

1: Strongly agree; 2: Mostly agree; 3: Cannot decide; 4: Mostly disagree; 5: Strongly disagree. *M* and *SD*: mean and standard deviation of the Likert-type scale values.

### Views regarding dementia identification and management

Supporting the importance of dementia recognition in the early stages, the vast majority (90%;  $n = 352$ ) believed that early therapy could slow down symptom progression. GPs also held the view (97%;  $n = 374$ ) that early detection enhanced both the patients' and their relatives' well-being.

Regarding their views on dementia testing and managing, participants were required to mark their answers on a 5-point Likert-type scale (strongly agree/ mostly agree and strongly disagree/ mostly disagree responses are presented together). Three-fourths (75%;  $n = 290$ ) of the GPs believed that managing dementia patients and their caregivers took more time than they could afford in their practice. Provided that conditions were suitable, the majority (79%;  $n = 298$ ) would implement standardised cognitive tests for the early detection. Despite that half of the respondents (56%;  $n = 210$ ) felt that currently available anti-dementia therapies were ineffective, two-thirds of them (68%;  $n = 255$ ) still believed that dementia already detected in primary care would lead to more effective outcomes in therapy (Table 4).

### Suggestions for improvement of dementia detection: contributing factors and an optimal instrument

From a list of five contributing factors to a more effective dementia examination routine, GPs marked the items as necessary with the following percentages: more time for patients (81%;  $n = 311$ ), up-to-date tests (with a maximum of 5 min needed for administration and evaluation) (77%;  $n = 297$ ), help from assistants (50%;  $n = 192$ ), more staff (44%;  $n = 170$ ), and finally, more examination rooms (26%;  $n = 103$ ). Regarding an

**Table 5.** GPs' ideas about an optimal cognitive screening tool.

Aspects	Options	<i>n</i>	%
Test administrator ( $n = 230$ )	Assistant	87	37.8
	Patient	86	37.4
	GP	54	23.5
	Caregiver	3	1.3
Caregiver information ( $n = 317$ )	Containing	278	87.7
	Not containing	39	12.3
Test format ( $n = 321$ )	Pen-and-paper test	265	82.6
	Computer-based test program	48	15.0
	Online test	8	2.5
Maximum administration time ( $n = 330$ )	Up to 5 min	189	57.3
	Up to 10 min	110	33.3
	Up to 15 min	31	9.4

optimal, up-to-date instrument, GPs preferred a pen-and-paper test that could be administered by an assistant or the patients themselves and would include information from the patients' caregivers (detailed results are provided in Table 5).

### Estimated recognition of dementia

Finally, GPs were asked to estimate the recognition rate of dementia in Hungarian primary care and their practice. Regarding primary care, almost two-thirds (62%;  $n = 226$ ) thought case recognition is under 30% and only very few (7%;  $n = 27$ ) estimated that dementia is recognised in more than 60% of the cases. However, when asked about their recognition rate, half of them (49%;  $n = 180$ ) said that they recognise a maximum of 30%, meanwhile, one-sixth (16%;  $n = 61$ ) reported that they detect more than 60%. Wilcoxon signed ranks test was performed and results suggested that GPs' estimation of their own dementia recognition rate was significantly higher than their estimations of recognition rate in primary care ( $Z = -7.806$ ;  $p < .000$ ).

## Discussion

### Main findings

Hungarian GPs are generally accepting of the idea of cognitive examinations for signs of possible dementia in primary care and more than two-thirds of them are satisfied with the most commonly used cognitive screening tests (MMSE and CDT). However, only a quarter of them uses standardised cognitive tests in their practices. GPs feel that early detection of dementia leads to more effective outcomes in therapy and serves the well-being of both patients and their families, however they remain ambivalent about the effectiveness of anti-dementia therapies. The most critical barriers towards effective dementia case-finding appear to be the insufficient conditions: mainly lack of time and quickly administrable instruments.

### Interpretation of the study results

Our results revealed a discrepancy between GPs' overall attitudes regarding testing for dementia in primary care versus their actual habits. Even though GPs seem to be aware of the benefits of timely dementia detection and they know the most commonly used cognitive tools, only a quarter of them actually apply these tests for the purpose of dementia detection, while a few do not perform any examinations at all. A similar conflict was found regarding Dutch GPs' views and habits, who reported taking action at a more progressed stage of dementia, despite that they know the importance of early intervention [13]. The rare application of formal tests has been also observed in other European studies: many (85% of French, 79% of Swiss, 53% of Italian and 33% of Scottish) GPs reported that they did not regularly perform standard procedures in their diagnostic evaluation [14–17], with many preferring the use of non-standardised, general questions [18]. Although there are some exceptions: 92% of Irish GPs self-reported in a survey that they used an appropriate tool to evaluate their patients' cognition [19] and only 10% of German GPs did not use any screening instrument [20]. Although the trend of not performing formal tests seems to be widespread, missing data, especially from the East-Central European region only provides us with an incomplete image on the topic and raises difficulties with international comparisons.

Since Hungarian GPs seem to be ambivalent regarding the effectiveness of anti-dementia medication, their screening habits may reflect therapeutic nihilism. Some previous studies suggest so: e.g. half of

the French GPs felt that it was not worth making a dementia diagnosis because of the ineffective pharmacological treatment [21].

Findings of the present study indicated that the main obstacle to testing for dementia might be short consultation time with patients (which is approximately 6 min in Hungary) [22]. Besides the shortage of time, GPs mentioned the need for quickly administrable cognitive tools and more help from health care staff. All of these concerns are reflected by previous studies (e.g. from the UK and the Netherlands) [23,24]. Despite the time restrictions, current views of scientific literature advocate for the integration of targeted case-finding approach into primary care, prompting early dementia identification [4].

Cultural differences in the attitudes towards age-related memory problems may also affect the success of dementia detection. In Hungary, dementia symptoms (especially in the earlier stages) are often overlooked and thus do not prompt taking steps towards recognition. The tolerance for cognitive decline associated with older age may be higher in Hungary compared to other countries, where elderly people live far from their families and lead a more independent life (e.g. the USA) that would be greatly endangered by a mental illness.

### Implications for clinical practice

The underutilisation of validated cognitive tests might be partly due to the lack of agreements on the most effective ways of dementia recognition, leaving the GPs without an unambiguous source of reference. A crucial way to improve recognition rates would be the regular update of international and national dementia guidelines (e.g. the latest Hungarian version was in effect until 2008 and is about to be updated in 2019), which usually give suggestions on the most adequate testing methods for dementia recognition.

The underuse of standardised instruments and the underdiagnoses of dementia in primary care may also be attributed to the prioritisation of somatic diseases over cognitive problems among the elderly. Since more than 65% of people over the age of 65 have multiple chronic conditions [25], the examination of memory functions might end up at the bottom of the priority list [8]. Furthermore, the progression of dementia is a slow process and thus is less obvious than the sudden onset of a somatic, sometimes painful complaint requiring urgent examination.



### Strengths and limitations

To the best of our knowledge, this was the first Hungarian study in which GPs were questioned about their routines and views regarding dementia recognition. Our study describes results drawn from a relatively large sample (8% of all practicing GPs in Hungary), with participants from all regions of Hungary.

When interpreting the results, some limitations should be considered. First, as our findings were based on the answers of self-recruited, voluntary participants, the results might represent the views and routines of a more motivated and competent sample of Hungarian GPs. Second, given the sensitive topic of dementia detection practices, the effect of social desirability bias should also be taken into account when interpreting the results. Third, since a pen-and-paper questionnaire was applied, it could not be ensured that all 402 participants filled out all the questions, thus resulting in different numbers of missing responses throughout the survey and limiting the validity of questions with less responses. Regarding future works, it would be useful to recruit a representative sample of Hungarian GPs and also to apply qualitative methods to deepen our understanding on the topic further.

### Conclusion

Although GPs in our sample seem to be aware of the benefits of dementia detection in primary care and also the concurrently low recognition rate in the country, the majority does not use formal cognitive tests for case-finding. Besides providing more favourable conditions (e.g. time and professional help), proper education and emphasising the benefits of early identification and treatment, the main way to improve the efficacy of recognition in primary care would be to construct a cost- and time-effective dementia identification strategy applicable in GPs' practices. With sufficient help, GPs could significantly improve the rate of detected dementias in Hungary, which also corresponds with the goals of international dementia plans.

### Acknowledgments

The authors wish to thank all participating general practitioners for their contribution.

### Author contributions

RB and NI analysed and interpreted all data and also wrote the manuscript. EP and SZH were members of the expert panel that designed the questionnaire and were also responsible for data collection. IK assisted with drafting and

critically reviewing the manuscript. KK participated in the expert panel that designed the questionnaire and supervised the development of the paper. FH organised the data collection and also supervised the development of the paper. JK and MP were experts who participated in designing the questionnaire; they also assisted with drafting and critically reviewing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

### Disclosure statement

The authors report no conflicts of interest.

### Funding

The authors RB and NI were supported by the University of Szeged, Faculty of Medicine (grant number: EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009).

### ORCID

Réka Balogh  <http://orcid.org/0000-0002-0983-9561>

Nóra Imre  <http://orcid.org/0000-0003-4212-8638>

### References

- [1] Wilkinson D, Stave C, Keohane D, et al. The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. *J Int Med Res.* 2004;32(2):149–159.
- [2] Érsek K, Kárpáti K, Kovács T, et al. A dementia epidemiológiája Magyarországon [Epidemiology of dementia in Hungary]. *Ideggyogy Sz.* 2010;63:175–182.
- [3] Takacs R, Ungvari GS, Gazdag G. Demenciában szenvedő páciensek akut pszichiátriai osztályra történő felvételének okai [Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia]. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2015;17:141–145.
- [4] Ranson JM, Kužma E, Hamilton W, et al. Case-finding in clinical practice: an appropriate strategy for dementia identification? *Alzheimers Dement.* 2018;4: 288–296.
- [5] Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2003;138(11):927–937.
- [6] Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H. Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of a postal survey. *BMC Health Serv Res.* 2008;8.
- [7] Hansen EC, Hughes C, Routley G, et al. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med.* 2008;67(11):1776–1783.
- [8] Boise L, Camicioli R, Morgan DL, et al. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist.* 1999;39(4):457–464.

- [9] Petrazzuoli F, Vinker S, Koskela TH, et al. Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(9):1413–1423.
- [10] Imre N, Balogh R, Papp E, et al. Knowledge of general practitioners on dementia and mild cognitive impairment: a cross-sectional, questionnaire study from Hungary. *Educ Gerontol.* 2019;45(8):495–505.
- [11] Heim S, Busa C, Pozsgai É, et al. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20(e92):1–6.
- [12] Hungarian Central Statistical Office. Number of practicing general practitioners in Hungary (2007–2017). [Data base]. [cited 2019 Sept 25]. Available from: <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/index.jsp>.
- [13] Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, et al. General practitioners on dementia: task, practices and obstacles. *Patient Educ Couns.* 2000;39(2-3):219–225.
- [14] Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, et al. Early diagnosis and management of dementia in general practice – how do Swiss GPs meet the challenge? *Swiss Med Wkly.* 2018;148:w14695.
- [15] McIntosh IB, Swanson V, Power KG, et al. General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia. *Health Bull.* 1999;57(1):35–43.
- [16] Somme D, Gautier A, Pin S, et al. General practitioner's clinical practices, difficulties and educational needs to manage Alzheimer's disease in France: analysis of national telephone-inquiry data. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):81.
- [17] Veneziani F, Panza F, Solfrizzi V, et al. Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail? *Int Psychogeriatr.* 2016;28(7):1111–1124.
- [18] Allen M, Ferrier S, Sargeant J, et al. Alzheimer's disease and other dementias: an organizational approach to identifying and addressing practices and learning needs of family physicians. *Educ Gerontol.* 2005;31(7):521–529.
- [19] Dyer AH, Foley T, O'Shea B, et al. Dementia diagnosis and referral in general practice: a representative survey of Irish general practitioners. *Irish Med J.* 2018;111(4):735.
- [20] Thyrian JR, Hoffmann W. Dementia care and general physicians – a survey on prevalence, means, attitudes and recommendations. *Cent Eur J Public Health.* 2012;20(4):270–275.
- [21] Harmand M-C, Meillon C, Rullier L, et al. Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study. *Aging Ment Health.* 2018;22(8):1046–1055.
- [22] Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* 2017;7(10):e017902.
- [23] Chithiramohan A, Iliffe S, Khattak I. Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: general practitioners' perspectives. *Dementia (London).* 2019;18(2):514–529.
- [24] Prins A, Hemke F, Pols J, et al. Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views. *Br J Gen Pract.* 2016;66(647):e416–e422.
- [25] Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev.* 2011;68(4):387–420.